

IKÄÄNTYNEIDEN YKSINÄISYYS JA SEN YHTEYS TERVEYSPALVELUIDEN KÄYTTÖKOKEMUKSEEN

Niina Huttunen
Helsingin yliopisto
Valtiotieteellinen tiedekunta
Sosiaalityö
Pro gradu -tutkielma
Elokuu 2019



Tiedekunta – Fakultet – Faculty Valtiotieteellinen tiedekunta		Koulutusohjelma – Utbildningsprogram – Degree Programme Sosiaalitieteiden laitos	
Tekijä – Författare – Author Niina Huttunen			
Työn nimi – Arbetets titel – Title Ikääntyneiden yksinäisyys ja sen yhteys terveyspalveluiden käyttökokemukseen			
Oppiaine/Opintosuunta – Läroämne/Studieinriktning – Subject/Study track Sosiaalityö			
Työn laji – Arbetets art – Level Pro gradu -tutkielma		Aika – Datum – Month and year Elokuu 2019	Sivumäärä – Sidoantal – Number of pages 79
Tiivistelmä/Referat – Abstract <p>Tässä tutkielmassa tavoitteena on tuottaa tietoa tilastollisten menetelmien avulla juuri eläkeiän ohittaneiden ikääntyneiden yksinäisyydestä, sen taustatekijöistä ja terveyspalveluiden käytöstä sekä käyttökokemuksesta. Teemoja yhdistävänä tekijänä tutkielmassa asetetaan hypoteesi, jonka mukaan yksinäisyydellä on yhteys terveyspalvelun käyttökokemukseen.</p> <p>Yksinäisyydelle harvemmin löytyy mitään yhtä selittävää tekijää tai syytä, vaan se kietoutuu osaksi elämäntulkua. Leskeytyminen ja sitä kautta yksin asuminen, pienituloisuus ja heikko terveydentila toistuvat aikaisemmissa tutkimuksissa selkeinä yksinäisyyden taustatekijöinä. Asumisseuran, taloudellisen tilanteen ja terveydentilan yhteyttä yksinäisyyteen ja terveyspalveluiden käyttökokemukseen tutkitaan myös tässä tutkimuksessa.</p> <p>Tutkimuksessa aineistona käytetään Ikihyvä Päijät-Häme -seurantatutkimuksen yhteydessä kerättyä Vantera-tutkimuksen aineistoa, jossa 1946–1950 -syntyneiltä on kysytty muiden muassa heidän sosiaalisesta ja taloudellisesta hyvinvoinnistaan sekä julkisten ja yksityisten terveyspalveluiden käyttämisestä. Tilastollisen tutkimuksen analyysimenetelminä on käytetty ristiintaulukointia ja logistista regressioanalyysia.</p> <p>Tutkitussa aineistossa vajaa viidennes koki yksinäisyyttä. Puolisonsa kanssa yhdessä asuvat kokivat yksinäisyyttä selkeästi vähemmän kuin yksin tai muiden ihmisten kanssa asuvat. Heikko terveydentila ja pienituloisuus puolestaan kasvattavat yksinäisyyden kokemisen todennäköisyyttä tilastollisesti merkitsevästi. Logistisen regressiomallin mukaan yksin tai muiden kuin oman puolison kanssa asuminen sekä vähäinen ystävien määrä selittävät yksinäisyyttä parhaiten. Jos vastaaja kertoi, että hänellä ei ole useampaa ystävää, niin riski yksinäisyyden kokemiselle yli nelinkertaistui. Niillä ikääntyneillä, jotka eivät asu puolisonsa kanssa, riski kokea yksinäisyyttä puolestaan yli kolminkertaistui.</p> <p>Tutkitussa aineistossa yli kaksi kolmesta ikääntyneestä arvioi terveytensä hyväksi tai melko hyväksi, mikä on suurempi osuus kuin aikaisemmissa tutkimuksissa. Noin neljä viidestä ikääntyneestä ilmoitti käyvänsä tavallisimmin terveyskeskuslääkärillä. Yksityisiä lääkäripalveluita käyttää vajaa viidennes vastaajista. Lähes 90 prosenttia vastanneista olivat tyytyväisiä terveyskeskuslääkärin vastaanottokäyntiin kaikilla kolmella tutkimuksessa arvioidulla osa-alueella.</p> <p>Yksinäisyydellä ei ollut tutkimuksen mukaan tilastollisesti merkitsevää yhteyttä terveyspalvelun käyttökokemukseen, mutta tätä olisi jatkossa tärkeää tutkia suuremmalla otoskoolla, sillä vastausten lukumäärä marginaaliryhmissä oli pieni. Yksinäisyyden taustatekijöistä parhaiten julkisen terveyspalvelun käyttökokemuksesta hoidon ja avun saamisen osalta selitti vastaajan arvio omasta terveydestä. Myös vastaajan taloudellinen tilanne selitti kokemuksesta avunsaamisesta sekä terveyskeskus- että yksityisen lääkärin antaman hoidon osalta.</p>			
Avainsanat – Nyckelord – Keywords Yksinäisyys, ikääntyneet, terveys, terveyspalveluiden käyttökokemus			
Ohjaaja tai ohjaajat –Handledare – Supervisor or supervisors Marjaana Seppänen			
Säilytyspaikka – Förvaringställe – Where deposited			
Muita tietoja – Övriga uppgifter – Additional information			



Sisällys

1	Johdanto	1
2	Ikääntyneiden yksinäisyys	4
2.1	Teoreettiset lähestymistavat yksinäisyyteen	4
2.2	Tekijöitä ikääntyneiden yksinäisyyden taustalla	6
2.2.1	Yksinäistävät elämäntapahtumat osana elämäntulkua	7
2.2.2	Heikko sosioekonominen asema	9
2.3	Yksinäisyys kokemuksena.....	14
2.4	Yksinäisyyden lievittäminen	18
3	Ikääntyneiden terveys ja palvelut.....	20
3.1	Ikääntyminen ja terveys.....	21
3.2	Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut Suomessa.....	23
3.3	Ikääntyneet terveyskeskuspalveluiden käyttäjinä	27
3.4	Yksinäisyys, terveys ja palvelujen käyttö	27
4	Kolmas ikä ikääntyneen elämässä.....	29
5	Tutkimustehtävä.....	31
6	Aineisto ja menetelmät.....	33
6.1	Kvantitatiivinen kyselytutkimus.....	33
6.1.1	Yksinäisyyden tutkiminen kvantitatiivisesti	35
6.1.2	Taloudellisen tilanteen mittaamiseen liittyviä haasteita	36
6.1.3	Terveyspalvelun käyttökokemuksen tutkiminen.....	38
6.2	Tutkimusaineisto	39
6.3	Käytettävät tilastolliset menetelmät	41
6.3.1	Ristiintaulukointi.....	42
6.3.2	Regressioanalyysi ja logistinen regressio.....	44
7	Yksinäiset ikääntyneet ja eri taustatekijöiden yhteys yksinäisyyteen.....	46
7.1	Puolison kanssa asuminen vähentää yksinäisyyden todennäköisyyttä.....	48
7.2	Heikko terveydentila kasvattaa yksinäisyyden todennäköisyyttä	50

7.3	Pienituloisuus kaksinkertaistaa riskin yksinäisyyden kokemiselle	51
7.4	Läheisten läsnäolon puute selittää yksinäisyyttä taloudellista pääomaa paremmin.....	54
8	Terveyspalveluiden käyttökokemus.....	56
8.1	Ikääntyneiden arvio omasta terveydestään.....	56
8.2	Terveyspalveluiden käyttäminen ja käyttökokemus	58
9	Yksinäinen terveyspalveluita arvioimassa	60
10	Tulosten yhteenveto	64
11	Pohdinta	67

1 Johdanto

Yksinäisyys on suuri ongelma yhteiskunnassamme. Inhimillisestä näkökulmasta yksinäisyys voi olla hyvinvointia suuresti vähentävä kokemus. Lisäksi on havaittu, että yksinäisyys lisää terveyspalveluiden käyttöä suoraan ja epäsuorasti (Luo et al. 2012, 912; Routasalo et al. 2003, 31; Hunter 2012, 153).

Yksinäisyyden kokemus voi olla konkreettista yksinoloa tai yksinäisyyden tunnetta huolimatta siitä, että ympärillä on ihmisiä. Jokainen tarina yksinäisyyden taustalla on uniikki ja usein yksinäisyydelle ei ole yksittäistä syytä, vaan se kietoutuu osaksi elämänkulkua. Aikaisempien tutkimusten perusteella voidaan tunnistaa yksinäisyyteen yhteydessä olevia tekijöitä. Tällaisia ovat mm. eräät sosioekonomiseen asemaan, sosiaalisiin suhteisiin sekä terveyteen ja persoonallisuuteen liittyvät tekijät. (Tiikkainen 2006, 16).

Ikääntyneiden yksinäisten prosentuaalinen osuus vaihtelee tutkimuksittain. 2000-luvun alussa joka kolmas ikääntynyt suomalainen kärsi ainakin joskus yksinäisyydestä, kun taas usein tai aina itsensä yksinäiseksi tuntevia oli noin 5 prosenttia ikääntyneistä (Routasalo ym. 2003, 5; Savikko ym. 2005, 223). Maaseudulla yksinäisyyden kokemus oli yleisempää kuin kaupungissa ja se kasvoi iän myötä (Routasalo ym. 2003, 5; Savikko ym. 2005, 223). Yksinäisten osuuden osalta tilanne ei ole muuttunut juurikaan lähes 20 vuodessa. Kansallisen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus FinSoten 2017-2018 tulosraportissa yksinäisyyttä tunteviksi on luokiteltu vastaajat, jotka ilmoittaneet kokevansa itsensä yksinäiseksi melko usein tai jatkuvasti. 75 vuotta täyttäneistä yhdeksän prosenttia tuntee itsensä yksinäiseksi. Nuoremassa 55-74 -vuotiaiden ikäryhmässä noin kuusi prosenttia tunsu itsensä yksinäiseksi. (Pentala-Nikulainen ym. 2018.)

Tutkimusten perusteella (esim. Gerst-Emerson & Jayawardhana 2015, 1013; Hunter 2012, 153) ikääntyneiden yksinäisyydestä johtuvat tekijät kuormittavat julkista terveydenhuoltoa, sillä yksinäisyys lisää terveyskeskuspalveluiden käyttöä. Yksinäisyyden on todettu aiheuttavan fyysisiä ja psyykkisiä sairauksia tai ainakin sairauden tuntemista (Luo et al. 2012, 912; Routasalo et al. 2003, 31; Hunter 2012, 153).

Marshall (2018) kirjoittaa vielä julkaisemattomasta tutkimuksesta, jonka mukaan perusterveydenhuollon asiakkaista enemmän kuin joka viides vastaanotolle tuleva potilas on yksinäinen. Samalla hänellä ja hänen tutkimusryhmällään on noussut huoli siitä, että yksinäisyyttä ei systemaattisesti selvitetä lääkärin vastaanotolla. Yksinäisyyden perusteellisemmalle selvittämiselle ja lievittämiselle löytyy kuitenkin perusteita. Suomalaisen tutkimuksen mukaan yksinäisyyden lievittämiseen liittyvä ryhmäkuntoutus paransi psykososiaalista hyvinvointia, kognitiota ja terveyttä (Pitkälä ym. 2005, 64). Tämä puolestaan näkyi sosiaali- ja terveyspalveluiden merkitsevästi vähäisempänä käyttönä ja vähäisempinä sosiaali- ja terveyshuollon kustannuksina interventioon osallistuneiden keskuudessa (emt.).

Ikääntyneiden yksinäisyys on tekijä, joka tulee huomioida uusia sosiaali- ja terveyspalveluita suunnitellessa, sillä ikääntyneiden osuus Suomen väestöstä kasvaa merkittävästi. Maassamme on jo yli miljoona 65 vuotta täyttänyttä kansalaista ja Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan vuonna 2030 heitä on noin 1,5 miljoonaa. Kun asiakas hakee terveyspalvelun kautta apua ongelmiinsa, jotka pohjautuvat yksinäisyyteen, olisi tärkeää tulla kohdatuksi muutoinkin kuin pelkästään potilaana. Tällöin asiakas voi saada apua kokonaisvaltaisesti. Tätä sosiaali- ja terveyspalveluiden kehitystyötä varten tarvitsemme lisää tutkimustietoa ikääntyneiden yksinäisyydestä ja sen taustatekijöistä yhdistettynä terveyspalveluiden käyttöön ja käyttökokemukseen.

Usein sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeisiin ja uusien palveluiden suunnitteluun liittyy asiakastyytyväisyyskyselyjä, joiden pohjalta palveluita kehitetään. Onko mahdollista, että yksinäisyyden kokeminen vaikuttaa käyntimäärien lisäksi myös mielipiteeseen olemassa olevasta terveyskeskuspalvelusta? Yksinäisyys lisää terveyskeskuskäyntien määrää, mutta aikaisempaa suomalaista tutkimusta siitä, miten yksinäiset kokevat saavansa terveyskeskuksesta apua ja hoitoa, ei ole tehty. Myös kansainvälistä tutkimusta on vähän, mutta yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan vakava yksinäisyys oli suurin ennustava tekijä, kun selvitettiin potilaiden tyytyväisyyttä suhteessa terveyspalveluihin (Musich et al. 2015, 7). Potilastyytyväisyys oli eri osaluokkia arvioidessa 20-30 prosenttia huonompi, jos potilas kärsi keskitasoisesta yksinäisyydestä. Mikäli potilas kärsi vakavasta yksinäisyydestä, niin tyytyväisyyden lasku oli tätäkin suurempaa.

Tässä pro-gradu -tutkielmassa tutkitaan ikääntyneiden yksinäisyyttä taustatekijöineen sekä ikääntyneiden terveystalveluiden käyttöä ja niihin liittyviä käyttökokemuksia. Lisäksi tutkimuksessa asetetaan hypoteesi, jonka mukaan yksinäisyys on selittävä tekijä, kun ikääntynyt arvioi, saako hän tarvitsemaansa hoitoa suomalaisesta terveystalvelukeskustalvelusta ja oliko hoidosta apua. Tällöin ihmisen kokemalla yksinäisyydellä ja terveystalvelukeskustalvelun käyttökokemuksella olisi yhteys. Hypoteesia testataan myös yksityisten lääkäritalveluiden osalta hoidosta saadun avun näkökulmasta. Tutkimusaineisto on kerätty Vanteran-nimisessä tutkimuksessa Ikihyvä Päijät-Häme-seurantatutkimuksen yhteydessä vuoden 2015 lopussa ja 2016 alussa. Juuri eläkkeelle siirtyneiltä 65–69-vuotialta vastaajilta kysyttiin muiden muassa heidän sosiaalisesta ja taloudellisesta hyvinvoinnista sekä julkisten ja yksityisten terveystalveluiden käytöstä.

Yksinäisyyden, sen taustatekijöiden sekä terveystalveluiden käytön huomioiminen on tärkeää ikääntyneille suunnattujen sosiaali- ja terveystalveluiden suunnittelussa. Sosiaalityön näkökulmasta on tärkeää ymmärtää ikääntyneiden yksinäisyyttä kokonaisvaltaisesti. Monet yksinäisyyden taustatekijät ovat sosiaalityön arjessa näkyviä ilmiöitä. Samaan aikaan on tärkeää miettiä, mikä rooli sosiaalityöllä voi olla yksinäisyyden lievittämisessä – mieluiten ennaltaehkäisevästä näkökulmasta. Yksinäisyyttä ei sellaisenaan voida hoitaa lääkärin vastaanotolla, joten jopa joka viidennen (Marshall 2018) terveystalvelukeskuskäynnin kohdalla voisi olla tarvetta myös sosiaalityön osaamiselle.

Tämä tutkimus keskittyy ikääntyneiden nuorimpaan ikäluokkaan eli juuri eläkkeelle jääneeseen sukupolveen, joiden elämää ei voi kuvata stereotyyppisellä vanhuudella monestakaan syystä. Karisto (2008) kirjoittaa kolmannesta iästä ja viittaa ikään, jolloin ihmisellä on työelämä takana ja omat lapset ovat jo kasvaneet aikuisiksi. Kolmas ikä on nuorten eläkeläisten elämää, jota ei enää täytä työ, mutta sen sijasta monet muut toiminnot ja aktiviteetit. Näinä vuosina tehdään kaikkea sellaista, johon työvuosina ei ollut aikaa. Koettua vapautta voi olla enemmän kuin itse työiässä. Samaan aikaa sitovia velvollisuuksia on vähemmän. Vasta kolmannen iän jälkeen neljäntenä elämänvaiheena alkaa varsinainen vanhuus, jolloin energiat ehtyvät, riippuvuus muista ihmisistä kasvaa ja autonomia pienenee. Kolmatta ikää on edeltänyt kaksi ikävaihetta. Ensimmäisen iän muodostavat lapsuus ja nuoruus, jolloin elämä on vielä edessä ja kaikki mahdollisuudet

ovat auki. Toisena tulee keski-ikä, joka täyttyy usein työ- ja hoivavelvoitteista. (Karisto 2008, 12.) Yksinäisyyden tutkimisen ja lievittämisen kannalta kolmannen iän merkityksen tunnistaminen on tärkeää. Ikääntyneet yksinäiset eivät välttämättä olekaan raihnaisia ja ränsistyneeseen mökkiinsä unohdettuja höperöitä mammoja tai pappoja vaan ihan toimintakykyisiä, digitaalisen maailman osaavia ja aktiivista elämää viettäviä eläkeläisiä.

2 Ikääntyneiden yksinäisyys

2.1 Teoreettiset lähestymistavat yksinäisyyteen

Yksinäisyys käsitteenä on monimutkainen, ja sitä voidaan tarkastella useilla eri teoreettisilla lähestymistavoilla. Yksinäisyys tieteellisenä ilmiönä on kiinnostanut erityisesti psykologian ja sosiologian edustajia. Yksinäisyysteorioita on esitetty ainakin kahdeksan eri suuntausta: psykodynaaminen, fenomenologinen, eksistentiaalis-humanistinen, sosiologinen, interaktionistinen, kognitiivinen, läheisyyttä korostava ja systeemiteoreettinen lähestymistapa (Tiikkainen 2011, 59). Nämä kaikki lähestymistavat ovat yhdistettävissä neljään eri keskeiseen teoriaan, joita ovat psykodynaaminen, kognitiivinen, interaktionistinen eli vuorovaikutusteoria ja eksistentiaalinen teoria (Donaldson & Watson 1996; Tiikkainen 2011, 60).

Psykodynaaminen teoria pohjautuu freudilaiseen psykoterapeuttiseen lähestymistapaan, jossa varhaiset kiintymyssuhteet ja häiriöt niissä luovat kunkin ihmisen persoonallisuuteen pohjan strategioille, joita ihminen käyttää myöhemmissä suhteissaan. Nämä strategiat ja voivat johtaa toimintatapoihin, ratkaisuihin tai tekoihin, jotka lopulta saavat ihmisen tuntemaan itsensä yksinäiseksi. Kognitiivisessa teoriassa puolestaan näkyvät psykodynaamisen teorian jäljet, mutta siinä tunnistetaan lisäksi sosiaalisten tekijöiden vaikutus. Lisäksi teoriassa kiinnitetään huomio siihen, miten ihminen reagoi etenkin tunteillaan yksinäisyyteensä. Yksinäisyyden aiheuttamat tunteet ovat oleellisin asia yksinäisyyden kokemuksen tulkinnassa. (Donaldson & Watson 1996, 953–954.)

Kognitiivisessa teoriassa haluttujen tai toivottujen sosiaalisten suhteiden määrä tai laatu suhteessa todellisuuteen nähdään taustana yksinäisyyden kokemukselle (Peplau & Perlman 1998, 572–573). Kognitiivista teoriaa tukevia näkemyksiä ikääntyneiden osalta esittää esimerkiksi Saaristo. Saaristo (2011, 131) kirjoittaa, että vanhusten omien

kommenttien mukaan yksinäisyyden kokemukset eivät niinkään liity ystävien tai läheisten tapaamistiheyteen vaan ihmissuhteisiin kohdistuneisiin odotuksiin ja niistä saatuun tyydytykseen.

Interaktionistisen teorian mukaan yksinäisyys jakautuu emotionaaliseen yksinäisyyteen, jossa on puutetta kiintymyksestä, sekä sosiaaliseen yksinäisyyteen, jossa on puutetta hyväksyvistä sosiaalisesta verkostosta (Donaldson & Watson 1996, 954-955). Jako sosiaaliseen ja emotionaaliseen yksinäisyyteen on hyvin merkittävä yksinäisyyskeskustelussa. Emotionaalinen yksinäisyys rinnastetaan kiintymyssuhteen tai -suhteiden puuttumiseen. Sen ajatellaan olevan tila, jonka voi kokea vasta murrosiän jälkeen. Lapsuusiässä koettava eroahdistus vanhemmista ei ole emotionaalista yksinäisyyttä vaan ihminen voi kokea emotionaalista yksinäisyyttä vasta sen jälkeen, kun hän on irtaantunut vanhempiensa kiintymyssuhteesta. Tämän jälkeen nuori on kykenevä huomaamaan sosiaalisessa ympäristössä erilaisia kiintymisen mahdollisuuksia. Emotionaalista yksinäisyyttä voi kokea esimerkiksi parisuhteen tai avioliiton päättyessä, mutta toisaalta huono tai väärin perustein solmittu avioliitto voi pitää yllä emotionaalista yksinäisyyttä. Emotionaalisen yksinäisyyden kohdalla on ymmärrettävä, että esimerkiksi erossa menetyksen kokenut henkilö ei kaipaa pelkästään menettämäänsä henkilöä vaan ylipäänsä kiintymyksen kohdetta. (Weiss 1973, 89–95.)

Puolison kuolema tai menetys erossa voi aiheuttaa emotionaalisen yksinäisyyden lisäksi myös sosiaalista yksinäisyyttä. Kumppanin menettämisen lisäksi lesken tai eronneen sosiaalinen rooli muuttuu. Hän ei ole enää osa pariskuntaa, vaan yksin toimiva yksilö. (Weiss 1973, 95.) Käytännössä mikä vain häiriö tai muutos sosiaalisessa roolissa työpaikan menetyksestä uudelle paikkakunnalle muuttamiseen voi aiheuttaa sosiaalista yksinäisyyttä. Ulkopuolisuuden tunnetta ja sitä kautta sosiaalista yksinäisyyttä voidaan tuntea jo lapsena ja murrosiässä. Pieni lapsi voi kertoa kaveriporukasta ulosjäämisestä asiasta aikuiselle, joka hyvässä tilanteessa tukee ja auttaa lasta, mutta nuoruusiässä sosiaalisen hyväksynnän merkitys on iso nuoren itsetunnon kehityksen kannalta. (Weiss 1973, 145–146.)

Eksistentiaalisessa teoriassa ajatellaan, että kaikissa elämän intiimimmissä hetkissä olemme todellisuudessa yksin ja joudumme käytännössä vastakkain ainoastaan itsemme kanssa. (Donaldson & Watson 1996, 954-955.) Tiikkainen (2006, 11) tiivistää

eksistentialismin ydinajatuksen siihen, että yksinäisyys on ihmisen olemassaoloon väistämättömästi kuuluva ilmiö.

Tiikkaisen (2006, 12) mukaan edellä esitellyillä lähestymistavoilla on selkeitä yhteisiä piirteitä. Kaikissa yksinäisyys on subjektiivinen kokemus ja se koetaan kielteisenä. Lisäksi yksinäisyys liittyy puutteellisiin sosiaalisiin suhteisiin, mutta se on eri asia kuin objektiivisesti todettu sosiaalinen eristyneisyys (*social isolation*). Tällä Tiikkainen tarkoittaa, että ihminen voi olla yksin olematta yksinäinen tai kokea itsensä yksinäiseksi suuressa joukossa. Yleisesti Tiikkainen (2006, 11) toteaa, että teoriat eroavat toisistaan lähinnä siinä, miten ja miksi puutteet sosiaalisissa suhteissa johtavat yksinäisyyden kokemukseen: osa tutkijoista korostaa luonteenpiirteitä (*trait loneliness*) ja toiset taas eri tilannetekijöitä (*state loneliness*).

Yksinäisyyttä voidaan selittää myös sosiologisilla selitysmalleilla, joista tunnetuimmat liittyvät väestöllisiin muutoksiin kuten muuttoliikkeen lisääntymiseen, kaupungistumiseen, sosiaalisen liikkuvuuden lisääntymiseen ja kuolleisuuden transitiioon. Ikääntyvien osalta merkitystä on sosiologi Norbert Eliaksen (1993) ajatuksilla liittyen kuolemiseen. Hänen mukaansa kuolemasta tapahtumana on tullut niin harvinainen, että nuoremmat sukupolvet ovat siitä vieraantuneet. Toisaalta kuolemaan ja kuolemiseen liittyvät rituaalit ovat vanhentuneita tai painuneet unohduksiin eikä tilalle ole tullut uusia. Näin ollen kuolemanpelko vieraannuttaa ihmisiä niistä, jotka lähestyvät kuolemaa. Ikääntyvän viimeisistä vuosista tulee entistä tuskallisempia, sillä ikääntymiseen liittyvien vaivojen ja kipujen lisäksi he kokevat yksin jäämisen. Ilmiö on erityisen yleistä kehittyneimmissä yhteiskunnissa, minkä kirjoittaja näkee kyseisten yhteiskuntien heikkoutena. (Elias 1993, 10.)

2.2 Tekijöitä ikääntyneiden yksinäisyyden taustalla

Aikaisempien tutkimusten perusteella yksinäisyyttä määrittävissä tekijöissä on erotettavissa neljä keskeistä luokkaa, joita ovat sosiodemografiset ja ekonomiset tekijät, sosiaaliset suhteet, terveyteen liittyvät tekijät ja persoonallisuus (Tiikkainen 2006, 16). Routasalo ym. (2003, 31) tutkimuksen mukaan yli 75-vuotiailla yksinäisyys liittyy erityisesti leskeytymiseen, yksin asumiseen, subjektiiviseen terveydentilaan, masennukseen, pessimistisiin elämänasenteisiin sekä ihmissuhteiden odotuksiin.

Hieman yllättävästi yksinäisyys ei liittynyt kuitenkaan läheisten tai ystävien tapaamisfrekvenssiin (emt.). Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan eläkeikäisestä väestöstä ystäviään tai sukulaisiaan tapasi vähintään kerran tai pari viikossa 50 prosenttia miehistä ja 58 prosenttia naisista (Helldán & Helakorpi 2014, 22).

Savikko ym. (2005, 223) lisäävät Routasalon (2003, 31) listaukseen yksinäisyyden taustatekijöistä matalan koulutustason ja pienituloisuuden. Yksin asumisen ohella he nostavat esiin vanhainkodissa asumisen. Heidän mukaansa myös heikko terveydentila, huono toimintakyky ja huonontunut näkö- ja kuuloaistin toiminta lisäävät yksinäisyyttä (emt.). Savikon ym. (2005, 223) mukaan yleisimmät yksinäisyyttä aiheuttavat syyt heidän laajassa, yli 6500 ikääntynyttä käsittävässä tutkimuksessaan olivat sairaudet, puolison kuolema ja ystävien puute. He toteavat yksinäisyyden kietoutuvan toisaalta osaksi elämänkulkua ja toisaalta osaksi vanhuusiässä tapahtuvia muutoksia esimerkiksi fyysisessä toimintakyvyssä (emt.).

2.2.1 Yksinäistävät elämäntapahtumat osana elämänkulkua

Saaristo (2011) puhuu yksinäisyyden syiden tai tekijöiden sijasta yksinäistävistä elämäntapahtumista. Työskennellessään vanhusten kriisiryhmässä hän on tunnistanut yksinäistävistä elämäntapahtumista kuusi erilaista kategoriaa, joista viisi ensimmäistä ovat puolison menetys, myöhemmällä iällä tapahtunut avioero, lasten tai lastenlasten elämänvaikeudet, muut luopumiset sekä omat sairaudet. Muilla luopumisilla ryhmäläiset tarkoittivat ylipäänsä elämän kiertokulkua ja siihen liittyviä muutoksia kuten esimerkiksi eläkkeelle siirtymistä. Suurista odotuksista huolimatta eläkkeelle siirtyminen saatettiin kokea psyykkisesti erittäin raskaaksi tapahtumaksi. Kuudentena kokoavana tekijänä ryhmä halusi vielä tuoda esille yksinäisyyden yleisesti. Erityisesti ryhmä koki, että kaikki edelliset elämäntapahtumat saattoivat aiheuttaa yksinäisyyttä ja yksinäisyyden tunteita, jos niistä ei voinut keskustella kenenkään kanssa. (Saaristo 2011, 135–136.)

Saariston tapaan Elisa Tiilikainen (2016a) on ollut kiinnostunut siitä, millä tavoin myöhemmällä iällä koettu yksinäisyys kietoutuu elämänkulkuun. Laadullisessa tutkimuksessaan Tiilikaisen pyrkimyksenä on ollut löytää ikääntyvien yksinäisyyteen tarttumapintoja, joiden avulla yksinäisyyden yksilölliset merkitykset olisivat paremmin tavoitettavissa. Tiilikainen (2016a, 177) määrittää ikääntyneiden yksinäisyyden

sosiaaliseksi prosessiksi eli kokemukseksi, joka saa merkityksensä ajassa ja paikassa ja jota yksilön elämänkulku värittää.

Tiilikainen (2016a) esittää, että yksinäisyyden näkökulmasta erilaiset elämäntapahtumat, elämänvaiheet ja niihin linkittyvät ihmissuhteet kietoutuvat toisiinsa saman ihmisen kohdalla. Yksittäisten elämänpolkujen sijaan tutkija on tarkastellut menetettyjä ja toteutumattomia sosiaalisia rooleja ja rakoilevaa sosiaalista saattuetta, jolla viitataan ihmisen turvalliseen sosiaaliseen verkostoon.

Yksinäisyyden taustalla olevia menetettyjä ja toteutumattomia sosiaalisia rooleja ovat olleet leskeytyminen, kumppanittomuus, lapsettomuus ja lapsenlapsettomuus sekä eläköityminen. Kiinnostava huomio on, että leskeytymistä seurannut yksinäisyys liittyi ennen kaikkea kaipuuseen menetettyä elämää kohtaan eikä niinkään itse kumppanin kaipaamiseen. Menetyksen jälkeisiä koettuja tunteita olivat suru ja kaipuu yhdessä jaettua arkea kohtaan. Lisäksi leskillä oli tunne joutilaisuudesta ja tarpeettomuudesta, sillä läsnä ei ollut enää lähimmäistä, josta tulisi pitää huolta. Leskeytymiseen liittyvä yksinäisyys muuttaa kuitenkin muotoaan ja yksinäisyyden kokemukset olivat hellittäneet, kun aikaa puolison kuolemasta oli kulunut enemmän. (Tiilikainen 2016a, 177-178.)

Kumppanittomuuteen kietoutuva yksinäisyys sai tutkimuksessa merkityksensä ennen kaikkea elämänkumppanin tai ”lämpimän ystävyuden” kaipuuna, mutta huomionarvioista on, että osalle tutkittavista kumppanittomuus merkitsi rauhaa ja vapautta kielteisenä koetun yksinäisyyden sijasta. Takana oli saattanut olla raskas omaishoitosuhte tai muulla tavoin negatiivinen ihmissuhde. (Tiilikainen 2016a, 178.)

Kumppanittomuuden lisäksi vanhemmuus ja isovanhemmuus on liitetty menetettyihin sosiaalisiin rooleihin. Lapsettomuus on aiheuttanut eriarvoisuuden tunnetta. Siihen liittyvät kivuliaat tunteet ovat olleet läsnä erityisesti perinteisinä perhepyhinä, mutta myös arkena, jolloin perheellisillä on ollut perheeseensä liittyviä vastuita ja kiireitä. Lapsettomilla ei ollut juurikaan kontakteja nuorempiin sukupolviin. Isovanhemmuuden kaipuusta puolestaan kertoivat ennen kaikkea ne, jotka olivat saaneet omia lapsia, mutta eivät lapsenlapsia. Eläkkeelle jääminen on yksi menetetty sosiaalinen rooli ja erityisesti juuri eläkkeelle jäämisen ajanjakso on ollut yksinäisyyden värittämä. Toisaalta

yksinäisyyden tunne on ollut sitä vahvempi, mitä aikaisemmin työelämästä on jääty pois. (Tiilikainen 2016a, 178.) Samaan aikaan työelämän päättyminen näyttäytyy erityisen kohtalokkaalta, jos se on tapahtunut muiden ehdoilla (Tiilikainen 2016b, 145).

Sosiaalisen saattueen käsitettä on käytetty elämänkulkua kuvaavissa tutkimuksissa. Sillä tarkoitetaan yksilön muuttuvaa sosiaalista verkostoa, joka toimii suojaavana ja tukevana pohjana elämänkulun eri vaiheissa ja käännteissä (Kahn ja Antonucci 1980, 267-272). Tiilikainen (2016a) puhuu rakoilevasta sosiaalisesta saattueesta, joka on yksinäisten haastateltavien kohdalla liittynyt kehon rajallisuuteen, hyvän ystävän kaipuuseen, kokemukseen vieraasta kulttuurista ja vanhemmuuden kitkoihin. Kehon rajallisuuteen liittyy suoria ja epäsuoria haittoja, jotka aiheuttavat yksinäisyyttä. Esimerkiksi liikuntakyvyn heikkeneminen tai talon hissittömyys supistaa arkea kodin seinien sisäpuolelle, mutta yhteys voi olla myös epäsuora. Eräällä tutkittavalla surua oli aiheuttanut tunne siitä, että muut ihmiset välttelevät, koska pelkäävät, että raihnaisuus tarttuu. Yleisesti ystäväpiirin kaventuminen koettiin luonnollisena osana ikääntymistä, mutta vastavuoroinen kontakti iloja ja suruja jakavan ystävän kanssa koettiin tärkeänä ja sellaista kaivattiin. (Tiilikainen 2016, 178-180.)

Tiilikaisen (2016a) tutkimuksessa nousi esiin yksinäisyys, joka kumpusi vieraasta kulttuurista tai johtui muutosta vieraaseen maahan tai vieraalle seudulle. Tutkittavat muistelivat aikaa, jolloin naapuruston kanssa vietettiin aikaa ja yhteenkuuluvuuden tunne oli vahva. Vanhemmuuden kitkat liittyivät erityisesti toiveeseen siitä, että suhteet omiin lapsiin ja lapsenlapsiin olisivat emotionaalisesti läheisempiä. Toiveena oli, että yhdessä voitaisiin viettää enemmän aikaa sekä jakaa ajatuksia ja kokemuksia. Tutkittavat eivät niinkään kokeneet haluavansa jälkeläisiltään käytännön apua. (Tiilikainen 2016a, 178-180.)

2.2.2 Heikko sosioekonominen asema

Köyhyysrajalla elävien ikääntyneiden suomalaisten osuus kasvoi 2000-luvun alussa samalla, kun palvelujärjestelmää kehitettiin omaa vastuunottoa korostavaksi ja alettiin suositella yksityisten palveluiden hankkimista. Alle 60 prosenttia keskitulosta pidetään suhteellisen köyhyysrajan määritelmänä. Vuonna 2004 noin 17 prosenttia yli 65-vuotiaista ansaitsi alle 60 prosenttia siitä, mitä suomalaiset keskimäärin ansaitsevat. (Van

Aerschot & Valokivi 2012, 251.) Vuonna 2009 osuus oli puolestaan jo 22 prosenttia. Tämän jälkeen tilanne on kuitenkin kehittynyt positiivisempaan suuntaan ja köyhyysrajan alapuolella elävien yli 65-vuotiaiden osuus on vähentynyt tasaisesti. Viimeisin tilasto on vuodelta 2018, jolloin heidän osuutensa oli 13,2 prosenttia. Vuonna 2017 ja 2016 osuus oli 12,3 prosenttia. (Eurostat 2019.)

Hyvästä suunnasta huolimatta monelle vanhukselle eläketulojen vähäisyys aiheuttaa pysyviä toimeentulohuolia. Suomalainen kansaneläkejärjestelmä ei tutkimusten mukaan tuo helpotusta työikäisenä köyhyydestä kärsineille. Roivainen ym. (2011, 60-61) siteeraavat Kankaan (2008) tutkimusta, jonka tulokset osoittivat, että vain 7 prosenttia sellaisista ihmisistä, jotka työssäoloaikanaan eivät olleet köyhiä, putosivat köyhyyteen jäätyään pois työelämästä. Sen sijaan niistä, jotka olivat eläneet köyhänä jo ennen eläkkeelle jäämistään, runsas 80 prosenttia jää köyhyyteen myös eläkkeelle siirtymisen jälkeen. Kankaan (2008) tutkimus osoitti myös, että köyhyys lisääntyy sen mukana, kuinka pitkään eläkkeellä oleminen on kestänyt. Kangas (2008) on todennut tutkimuksensa perusteella, että vaikka suomalainen eläketurva toimii kansainvälisissä vertailuissa kohtalaisesti, niin se ei kuitenkaan takaa turvaa köyhyyttä vastaan. (Roivainen ym. 2011, 60-61.)

Pienten tulojen ohella kyse voi olla siitä, että vanhukset eivät kykene hakemaan itselleen kuuluvia etuuksia tai että he ovat erinäisten syiden vuoksi kykenemättömiä hallitsemaan raha-asioitaan itse. Tilanteisiin saattaa liittyä myös taloudellista hyväksikäyttöä, jossa hyväksikäyttäjinä ovat ikääntyneen läheiset. (Haapola ym. 2012, 276.) Ikäihmisten palveluiden järjestämisen näkökulmasta sosioekonominen tausta vaikuttaa ikäihmisten mahdollisuuksiin toimia sosiaali- ja terveyspalvelumarkkinoiden kuluttajina. Suomessa on iso joukko ikääntyneitä, joille yksityisten palveluiden hankkiminen on taloudellisista syistä johtuen vaikeaa tai jopa mahdotonta. (Van Aerschot & Valokivi 2012, 251.)

Haapolan ym. (2012) mukaan köyhyys vaivaa erityisesti yksinasuvia ja vuokra-asunnossa eläviä ikääntyneitä. Keskimääräistä yleisempää köyhyys oli työläis- tai maatalousammateissa toimineilla, kun taas keskimääräistä vähäisempää se oli opisto- tai yliopistotutkimuksen suorittaneilla. Sukupuolten välillä ei tutkimuksen perusteella ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. (Haapola ym. 2012, 279-283.) Toisenlaisiakin tuloksia on olemassa. Kun tarkastellaan 65 vuotta täyttäneiden köyhyysriskiä sukupuolen mukaan

EU15-maissa vuonna 2006, niin 13 maassa Suomi mukaan luettuna naisten köyhyysriski oli miehiä suurempi. Vertailussa Suomella itseasiassa oli Ruotsin ja Itävallan kanssa suurimmat eläkeikäisten naisten ja miesten väliset erot köyhyysriskissä. Suomessa ero oli noin 10 prosenttiyksikköä naisten köyhyysriskin ollessa reilu 25 prosenttia kun taas miehillä vastaava luku oli reilu 15 prosenttia. Alankomaat, Espanja, Iso-Britannia, Saksa ja Tanska olivat valtioita, joissa sukupuolten väliset köyhyysriskierot ovat selvästi pienemmät. (Ahonen & Bach-Othman 2009, 12-13.)

Pienituloisuus vaikuttaa ikääntyneen elämään monella tavoin. Van Aerschot & Valokivi (2012) ovat tutkineet vanhojen ihmisten saamaa apua, hoivan tarvetta ja toimeentuloa Tampereella ja Jyväskylässä. Ikääntyneen ihmisen tulotaso ei heidän tutkimuksensa mukaan vaikuttanut omaisilta ja läheisiltä saatuun apuun, mutta sekä kunnallista että itse ostettua yksityistä apua olivat useammin saaneet parempituloiset. Kun vastaajista hieman vajaa viidennes oli saanut apua kunnallisista palveluista, niin heistä 40 prosenttia kuului pienituloisten ryhmään ja 60 prosenttia parempituloisten ryhmään. Tämä ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä, mutta itse ostettujen palveluiden kohdalla ero oli suurempi ja myös tilastollisesti merkitsevä. Itse yksityisiä palveluita ostaneista peräti 78 prosenttia oli parempituloisia. Myös avun riittävyyteen tyytymättömimmät löytyivät niistä kotitalouksista, joissa oli alhainen tulotaso. Tulotasolla oli vaikutusta palveluiden käyttämisen lisäksi palveluiden hankkimiseen. Pienituloisista 47 prosenttia ilmoitti selviytyvänsä avun ja palveluiden hankkimisesta itse, kun taas paremmin toimeentulevilla sama osuus oli 63 prosenttia. Pienituloisista 12 prosenttia olisi tarvinnut enemmän apua palveluiden hankkimiseen kuin mitä oli saanut. Paremmin toimeentulevista 8 prosenttia kaipasi lisääpua. (Van Aerschotin & Valokiven 2012, 261-264.)

Auto ja tietokone ovat tänä päivänä monelle ihmisille välineitä, joiden avulla pidetään yhteyttä läheisiin. Haapolan ym. (2012) mukaan 55 prosentilla köyhistä ei ollut käytettävissään omaa autoa. Sen sijaan ei-köyhien joukossa neljällä viidestä vastaajasta oli käytössään oma auto. Tutkijat nostavat esiin tärkeänä havaintona, että köyhien autottomuus oli yhtä yleistä nuoremassa ja vanhemmassa ikäryhmässä, kun paremmin pärjäävillä auton omistaminen väheni vasta iän myötä. Tilanne on samanlainen tietokoneen omistamisen osalta. Köyhistä vain viidesosalla oli tietokone, kun ei-köyhistä

joka toisella oli käytössään oma tietokone. Myös tietokoneen omistamiseen liittyen ero oli suurin nuorimmassa ikäryhmässä, jossa vain 23 prosenttia köyhistä omisti tietokoneen. Muista saman ikäluokan vastaajista 73 prosenttia kertoi omistavansa tietokoneen. (Haapola ym. 2012, 284-285.)

Haapola ym. (2012) ovat tarkastelleet köyhyyden näkymistä ikääntyneillä myös ei-aineellisessa hyvinvoinnissa. Kyselyssä vastaajat arvioivat omaa elämäntilannettaan kouluarvosanoilla 28 eri tekijän osalta. Teemoja olivat esimerkiksi perhesuhteet, luottamukselliset ihmissuhteet, sukupuolielämä, fyysinen kunto, kulttuuriharrastukset, asunnon laatu, elinympäristön puhtaus ja arkinen mielihyvä. Köyhiksi luokitellut antoivat omalle tilanteelleen miltei jokaisesta näkökulmasta huonomman kouluarvosanan kuin muut vastaajat. Suurimmat erot painottuivat vapaa-ajan viettoon tai muihin tekemiseen liittyviin näkökulmiin. Esimerkiksi mahdollisuudessa matkustella ja käydä kulttuuriharrastuksissa oli selkeä ero. Huomattavaa on, että köyhät kokivat myös mahdollisuutensa harrastaa liikuntaa sekä opiskella ja oppia uusia asioita selvästi heikommaksi kuin parempituloisemmat vastaajat. (Haapola ym. 2012, 291-292.)

Sekä köyhät että ei-köyhät pitävät terveyttä ja fyysistä kuntoa erittäin tärkeinä resursseina omalle hyvinvoinnilleen. Kuitenkin köyhien kokema hyvinvointi poikkesi huomattavasti muiden vastaajien arvioinneista. Köyhät arvioivat terveytensä noin arvosanaa heikommaksi kuin muut, ja ero oli lähes yhtä selvä fyysisen kunnon osalta. Tärkeä huomio on, että köyhistä kolmasosa arvioi terveytensä ja fyysisen kuntonsa huonoksi arvosanan ollessa alle 7, kun ei-köyhistä yhtä huonon arvosanan antoi vain kymmenesosa. Aineiston perusteella köyhillä on myös muita suurempi riski syrjäytyä yhteiskunnallisesta tai yhteisöllisestä vaikuttamisesta ja osallistumisesta. Molemmissa vastausryhmissä näihin näkökulmiin liittyvät vastausten keskiarvot jäivät alle seitsemään, mutta köyhiksi luokitellut kokivat asioiden olevan erityisen huonolla tolalla arvosanakeskiarvon ollessa vain noin kuusi. Läheisten ihmissuhteiden, asumisolojen ja asuinympäristön osalta asiat olivat yleisesti hyvin, ja erot köyhien sekä ei-köyhien välillä olivat pieniä. (Haapola ym. 2012, 292.)

Ylinen & Rissanen (2012) ovat tarkastelleet vanhuusköyhyyttä lapsuuden kokemuksen kautta ja aikuisuuden elämäntapahtumien jatkumona. Elämänkulututkimuksessa on neljä keskeistä elementtiä, joita ovat kulttuurinen tausta (ajan ja paikan merkitys

nykyhetkeen), sosiaaliset suhteet (ihmiseen linkittynyt elämä), yksilöllinen kehitys (ihmisen tavoitteellinen toiminta) sekä elämäntapahtumien ajoitus, joka voidaan nähdä myös strategisena sopeutumisena joko vallitseviin tilanteisiin tai historiassa tapahtuneisiin asioihin (Giele & Elder 1998). Näiden kaikkien tekijöiden yhteisvaikutuksesta muodostuvat elämänkulun erilaiset kehityskaaret.

Moni Ylisen & Rissanen (2012) haastateltavista kertoi menettäneensä äitinsä ollessaan itse vielä lapsi. Vaihtoehtoisesti äiti oli saattanut hylätä aviomiehensä ja samalla perheensä uuden miesystävän takia. Äidin lähtö oli merkinnyt monelle vastuun ottamista nuoremmista sisaruksista ja maatalon töistä. Lapsuusmuistoja sävyttivät suru, menetys, luopuminen ja kova työnteke, mutta köyhyyttä ei koettu pahana asiana, sillä ruoka löytyi talon pihapiiristä. Moni haastateltu kertoi isän liiallisesta alkoholin käytöstä, joka lisääntyi äidin lähtemisen jälkeen. Monen haastateltavan nuoruus jatkui työntäyteisenä ja he toimivat piikana jonkun sukulaisen tai perhetutun kodissa. Osa haastateltavista on edelleen katkera sille, ettei saanut käydä kouluja nuoruudessaan. Osa haastatelluista kokee, että vanhuudenköyhyys johtuu osittain nimenomaan koulutuksen puutteesta. (Ylinen & Rissanen 2012, 312-313.)

Useimmat haastatelluista olivat solmineet avioliiton nuorina ja olleet kotiäiteinä pitkään. He olivat aloittaneet työelämässä vasta lasten mentyä kouluun, mutta koulutuksen puuttuessa työtehtävät ovat olleet pienipalkkaisia ja lyhytkestoisia. Tämän takia työeläke on niukka tai jopa olematon. Avioliiton aikana toimeentulo keski-iässä oli kohtuullinen, mutta aviomiehen kuoltua tilanne on muuttunut huonommaksi leskeneläkkeestä huolimatta. Osalla haastateltavista elämän aikana kerätyt säästöt ovat mahdollistaneet taloudellisen tilanteen pysymisen kohtuullisena, mutta varojen jatkuva hupeneminen huolestuttaa heitä. (Ylinen & Rissanen 2012, 313-314.)

Toisaalta monella haastateltavalla vahvimmin elämänkulkuun vaikuttavia tekijöitä ovat olleet jo varhaisessa keski-iässä tapahtunut avioliiton kariutuminen tai leskeksi jääminen, joita on mahdollisesti seurannut uuden työpaikan tai halvemman asunnon etsiminen. Avioliiton loppuminen keski-iässä johti monella pitkään yksinhuoltajuuteen, joka tarinoissa näyttäytyy taloudellisesti niukkana, raskaana ja monella tavalla vaativana ajanjaksona. Vastaan oli otettu mitä työtä tahansa. Lisäksi he eivät välttämättä olleet saaneet elatusmaksuja entisiltä puolisoiltaan tai kunnilta. Tänä päivänä osa

haastateltavista kertoo pyrkivänsä auttamaan lapsiaan ja lastenlapsiaan taloudellisesti huolimatta siitä, että auttaminen heikentää heidän omaa taloudellista tilannettaan merkittävästi. Kansainvälisiin tutkimuksiin verrattuna puolison alkoholin käyttämiseen liittyvät lieveilmiöt korostuivat aineistossa. Tähän liittyi taloudellisia ongelmia, mustasukkaisuutta ja jopa väkivaltaista käytöstä. (Ylinen & Rissanen 2012, 314-315.)

Haastateltujen vanhusten tarinat heidän elämästään osoittavat, että köyhyys on ilmennyt varsin samanlaisena heidän kaikkien elämänsäkulussa, mutta suhtautuminen siihen vaihtelee. Tarinoiden perusteella köyhyys on sinnittelyä, luopumista tai itsensä laiminlyöntiä. (Roivainen ym. 2011, 70). Myös vanhustyön ammattilaisille tehdyistä haastatteluista välittyy koskettava kuvaus vanhuusköyhyydestä. Heidän näkemyksensä mukaan köyhyys ja niukkuus ovat kuuluneet monien asiakkaiden elämään aina. Vanhuusköyhyys näkyy erityisesti kotikäynneillä epäterveellisenä ruokana, likaisuutena, vanhoina kirpputorilta haettuina vaatteina ja huonekaluina. Lisäksi vanhusten köyhyys on eristäytymistä kotiin. Ammattilaiset puhuvat vanhuksia enemmän köyhyyteen liittyvästä häpeästä. Iäkkäät muistavat omasta lapsuudestaan ja nuoruudestaan puheet kunnan elättinä olemisesta ja siihen liittyneestä häpeästä. Ehkä siksi apua ei haeta eikä sitä haluta ottaa vastaan. Omasta köyhyydestä haluta puhua kenellekään. (Roivainen ym. 2011, 81-82.)

2.3 Yksinäisyys kokemuksena

Aikaisempien tutkimusten pohjalta Uotila (2011, 31-35) on jakanut iäkkäiden ihmisten kuvaukset yksinäisyydestä neljään ryhmään, joita ovat epämiellyttävä yksinäisyys, menetyksistä aiheutunut yksinäisyys, myönteinen yksinäisyys ja lievitettävä yksinäisyys.

Yksinäisyyteen liitetään usein negatiivisia ajatuksia ja epämiellyttäviä kokemuksia. Hauge & Kirkevold (2010) löysivät tutkimuksessaan merkittävän eron sille, miten yksinäiset ja ei-yksinäiset puhuvat yksinäisyydestä. Ei-yksinäiset kuvasivat yksinäisyyttä tuskallisena olotilana, josta pitäisi päästä irti ja joka johtuu yksinäisen omasta toiminnasta. Yksinäisetkin kuvasivat yksinäisyyttä tuskallisena, mutta he antoivat sille paljon yksityiskohtaisempia kuvauksia liittyen erkaantumiseen muista ihmisistä, aikaisemmista kodeista ja tämän päivän yhteiskunnasta. He olivat myös varautuneempia ja hillitympiä kuvatessaan yksinäisyyttä. Osittain he kokivat asiasta itse

syällisyyttä, mutta kerronnassa korostui myös kontaktin puute omien tärkeiden ihmisten kanssa. Tutkijat korostavat, että ikääntyneiden yksinäisyyden ymmärtämisessä on todella tärkeää tiedostaa ikääntyneiden yksinäisyyden subjektiivinen kokemus. (Hauge & Kirkevold 2010, 1.)

Graneheim & Lundman (2010) korostavat tutkimuksensa perusteella ikääntyneiden yksinäisyyden kahta luonnetta. Toisaalta yksinäinen elämä merkityksellistyi menetyksiin ja hylätyksi tulemisen kokemukseen, joiden seurauksena elämällä ei ollut enää mitään tarkoitusta ja samaan aikaan riippuvuus muista ihmisistä kasvoi. Toisaalta yksinäisyys koettiin myönteisenä asiana. Heidän tutkittavansa kuvailivat elämäänsä yksinäisyydessä vapautena tehdä omia valintoja sekä elää vapaana ilman velvollisuuksia. Mahdollisuus ja vapaus löytää uusia ystäviä nousi myös esiin. Elämä koettiin turvallisena ja rauhaa, lepoa sekä hiljaisuutta arvostettiin. (Graneheim & Lundman 2010, 435-436.) Yksinäisyyskeskustelun näkökulmasta on mielenkiintoista, että suomen kielessä ei ole vastinetta englannin kielen termille *solitude*. Solitude viittaa yksinäisyyteen, joka on vapaaehtoista, toivottua, luovuutta ja rauhoittumista.

Lievitettävän yksinäisyyden osalta esimerkiksi Pettigrewin & Robertsin (2008) tutkimuksessa haastateltavat kuvailivat monia erilaisia tapoja lievittää yksinäisyyden tunteita. Heidän haastateltavansa kertoivat tärkeiksi yksinäisyyden lievittämiskeinoiksi säännöllisen kontaktin ystävien, lasten, lastenlasten kanssa etenkin yhteisten syömiseen ja juomiseen liittyvien aktiviteettien merkeissä. Lisäksi esiin nostettiin mukavina ajankäyttöpuuhina kirjojen lukeminen ja puutarhahoito. Ulkoa päin ohjattujen sosiaalisten kontaktien luomisen sijasta tutkijat näkivät järkevämmäksi tarjota tietoa lähellä kokoontuvista erilaisista sosiaalisista ryhmistä, jolloin ikääntynyt voi itse halutessaan löytää itselleen sopivan tavan tavata uusia ihmisiä. (Pettigrew & Roberts 2008, 307–308.)

Uotilan (2011) tutkimuksessa iäkkäät antoivat yksinäisyydelle erilaisia merkityksiä ja tulkintoja, jotka tutkija on jakanut seuraaviin ryhmiin.

Vaikeasti määriteltävä yksinäisyys: Yksinäisyys näyttäytyi monimerkityksisenä ja vaikeasti määriteltävänä asiana. Tutkimukseen osallistuneiden oli puheessa ja haastattelussa vaikea kuvata, mitä yksinäisyys oikeastaan on ja mitä se sisältää.

Aineistoissa esillä oli yksinäisyyden kahtalainen luonne, sillä toisaalta siihen liitettiin monia kielteisiä merkityksiä ja seurauksia, mutta osassa haastatteluista se sai voimakkaan positiivisia määreitä. Hyvin subjektiiviseksi koettua yksinäisyyttä kerrottiin tunnettavan päivittäin, harvoin tai ei ollenkaan.

Tapahtumaköyhyyttä ja masennuksen tunteita: Yksinäisyys sai merkityksensä tapahtumaköyhyytenä ja pysähtyneisyytenä. Tutkimukseen osallistuneiden kirjoituksissa käsiteltiin tekemisen puutetta, pysähtyneisyyttä ja sitä, että ihmiset ovat hävinneet ympäriltä. Fyysiset rajoitteet vaikeuttavat esimerkiksi teatterissa käymistä, ja yleinen jaksamattomuus, kiinnostumattomuus tai kykenemättömyys rajoittavat kaikenlaista osallistumista harrastuksiin tai tapahtumiin. Tällaiset kuvaukset ovat lähellä masennuksen oireita psykiatrisessa kirjallisuudessa. Iäkkäät ihmiset eivät kuitenkaan tulkitse yksinäisyyttä masennuksena, joskin yksinäisyys sävyttyy osittain myös masentuneisuutena ja alakuloisuutena.

Turhuuden, arvottomuuden ja ulkopuolisuuden kokemuksia: Oman paikan tai tehtävän puuttuminen aiheutti turhuuden, hyödyttömyyden ja arvottomuuden tunnetta. Tarpeettomuutta esiintyi kahdenlaista. Ikääntynyt saattoi kokea, että hän ei ole toiminnallisesti tai yhteiskunnan näkökulmasta tärkeä. Vaihtoehtoisesti hän ei kokenut olevansa emotionaalisesti tärkeä tai tarpeellinen kenellekään. Arvottomuuden tunnetta aiheuttivat puolestaan yhteiskunnan linjaukset, joissa ikääntyneet nähdään lisäkustannuksina, joiden hyvinvointiin ei haluta panostaa.

Turvattomuuden tunteita: Yksin asuminen ja yksin oleminen nousivat esiin tekijöinä, jotka aiheuttavat turvattomuutta, koska jos yksin oleva loukkaa itsensä tai sairastuu, niin kukaan ei ole näkemässä eikä auttamassa. Toisaalta haastatellut myös kertoivat, että yksin ei uskalla lähteä ulos eikä aina ole olemassa ketään sellaista, jota voisi pyytää seuraksi. Pelko yksin liikkumisesta näytti kaventavan sosiaalista verkostoa ja sosiaalista kanssakäymistä. Myös yhteiskunta koettiin turvattomuutta aiheuttavana tekijänä, koska tutkimuksessa ikääntyneet tulkitsivat, ettei yhteiskunta panosta heihin tai heidän tarpeisiinsa eikä yhteiskunnassa ole tarjolla tahoa, joka auttaisi.

Kaipausta ja vetäytymistä sosiaalisista suhteista: Yksinäisyys merkityksellistyi erityisesti ikävöintinä ja kaipauksena, joka kohdistui menetettyihin ja saavuttamattomiin

asioihin. Kaipaus kohdistui edesmenneisiin läheisiin ja toimintamahdollisuuksiin. Joillakin erilaiset haaveet olivat kuolleet esimerkiksi sairauden myötä. Yksinäisyydestä ja ihmissuhteiden puutteista huolimatta haastatellut puhuivat myös jonkinasteisesta omaehtoisesta vetäytymisestä sosiaalisista suhteista. Irtautumiseen aikaisemmasta sosiaalisesta verkostosta saattoivat vaikuttaa olosuhteet, kuten heikentynyt liikkuminen tai kuulo tai epämiellyttävä tunne muiden ihmisten seurasta.

Hyvää yksinäisyyttä: Osassa tutkimuksen haastatteluita yksinäisyys sai pääsääntöisesti myönteisiä merkityksiä. Yksinäisyys mahdollisti itsenäisyyden ja oman rauhan. Yksin ollessa ei ole tarvinnut huomioida toisia, vaan on saanut tehdä sellaisia asioita, joita on halunnut. Yksin oleminen tarjosi lepoa, virkistymistä ja mahdollisuutta olla omien ajatusten kanssa. Tutkittavat kertoivat nauttivansa kotiaskareiden tekemisestä omassa rauhassa. Myönteinen yksin oleminen oli omavalintaista, jolloin seuraa on saatu, kun sitä on haluttu. Sen sijaan jatkuva yksin oleminen esitettiin kielteisenä ja siihen liittyi hylkäämisen tunnetta.

Vältettävä ja lievitettävä yksinäisyys: Haastatteluaineistossa korostui ihmisen oma vastuu ja velvollisuus toimia niin, että hän ei olisi yksinäinen tai että yksinäisyys lievitetty. Toisten ihmisten tai harrastusten pariin lähtemisen kuvattiin kuitenkin olevan haastavaa, joten vastuuta yksinäisyydestä haluttiin siirtää myös muille eli lähinnä yhteiskunnalle. Yhteiskunnan tulisi järjestää toimintaa ja virikemahdollisuuksia, mutta samaan aikaan sen tulisi myös huomioida paremmin palveluista aiheutuvat kustannukset.

(Uotila 2011, 50-56.)

Samantyyllisiä tuloksia on muillakin tutkijoilla. Pajusen (2011) pro gradu -tutkielmassa arjen kuvauksissa nousi esiin kohokohtia, mielipuuhiä ja onnistumisia, mutta tavallista päivää kuvattiin usein pitkänomaiseksi, merkityksettömäksi ja turhanpäiväiseksi, josta mielekkyyttä oli vaikea löytää. Toisaalta vaikka päivät tuntuvat monista ikääntyneistä pitkiltä, niin arki ei ole passiivista vaan täyttyy päivän askareista. Yksinäisyys valtaa ajatuksia iltaisin, jolloin unta on vaikea saada, kun mielessä on kulunut päivä ja sen merkitsemättömyys. Tunne on usein vahvin syksyn pimeydessä ja synkkyydessä. Vaikeimpia ovat etenkin juhlapyhät, jolloin normaali päivärhythmi katkeaa ja kaupat sekä kahvilat ovat kiinni. Tunteena yksinäisyys on surua, ikävää ja kokemusta

juurettomuudesta. Sillä on myös fyysisiä seurauksia: tutkittavat raportoivat levottomuudesta, saamattomuudesta, unettomuudesta ja masennuksen kaltaisesta tilasta, johon on haettu apua mieliala- ja masennuslääkkeistä. (Pajunen 2011, 107-108.)

2.4 Yksinäisyyden lievittäminen

Yksinäisyyden lievittäminen on usein esillä julkisessa yksinäisyyskeskustelussa. Kaiken ikäiset ihmiset ajattelevat, että yhteiskunnan velvollisuus on puuttua ikäihmisten yksinäisyyteen. Usein näkökulmana on sosiaalisten suhteiden puute, joten tällä hetkellä iso osa yhteiskunnan ja järjestöjen tarjoamasta avusta painottuu sosiaalisuuden ja sosiaalisten kontaktien lisäämiseen (Uotila 2011, 74.). Tällaisista interventioista on saatu sekä onnistuneita että epäonnistuneita tuloksia. Pitkälä ym. (2005, 11–16) ovat analysoineet aikaisempia tutkimuksia liittyen yksinäisyyden lievittämiseen interventiolla. Näiden mukaan näyttää siltä, että yksinäisyyttä on vaikea lievittää yksilöön kohdistuvilla interventioilla tai pelkkien ammattiauttajien avulla. Ryhmämuotoisesta hoidosta sen sijaan on saatu kohtalaista hyötyä ja sillä voidaan lisätä sosiaalista kanssakäymistä (Cattan ym. 2005, 58). Toisaalta Cattanin ym. (2005) kanssa vastaavanlaisen katsauksen tehtyihin tutkimuksiin on tehnyt Findley (2003, 655), joka päätyi pessimistisempään arvioon. Hänen mukaansa on hyvin vähän tieteellisesti pätevää näyttöä interventioista, joilla pystyttäisiin lievittämään sosiaalista yksin jäämistä. Yksiy syy tähän lienee se, että sosiaalisia suhteita on vaikea rakentaa ulkoa päin. Kaikki ihmiset eivät viihdy kerho-tyyppisessä toiminnassa, joten heidän auttamisekseen on olemassa vähän apukeinoja (Uotila 2011, 74).

Tuoreemmassa systemaattisessa 2000-luvun artikkeleihin keskittyneessä tutkimuksessa Gardiner ym. (2016, 150–152) päätyivät jakamaan yksinäisyyden lievittämiseksi tehdyt interventiot kuuteen eri luokkaan. Luokkia ovat sosiaalisen elämän mahdollistaminen (esimerkiksi kolmannen sektorin tarjoama kerhotoiminta), psykologiset/terapeuttiset hoidot, terveys- ja sosiaalihuollon tarjoaminen, eläinten kanssa tehtävät interventiot, uusien sosiaalisten kontaktien ja ystävien hankkiminen (vapaaehtoinen ystävätoiminta) sekä vapaa-ajanvieron kehittäminen (esimerkiksi puutarhanhoitoon innostaminen). Monissa toimenpiteissä käytettiin mekanismeja useammasta kuin yhdestä ryhmästä, mutta enemmistö interventioista keskittyi ensisijaisesti yhteen näistä kuudesta alueesta. (Emt.) Erilaisten interventiometodien käyttäminen sekaisin hankaloitti tulkintaa siitä,

mikä interventio tuotti onnistumista. Toisin kuin Cattan ym. (2005) Gardiner ym. (2016, 153–154) eivät päätyneet siihen, että ryhmämuotoiset interventiot olisivat sen tehokkaampia kuin yksilömuotoiset. Sen sijaan heidän katsauksessaan yksinäisyyden kokemus oli vähentynyt esimerkiksi interventioissa, joissa oli käytetty hyväksi lemmikkieläimiä tai yksilömuotoista keskustelua teknologia-avusteisesti tietokoneella (emt.). Tutkimuksensa pohjalta Gardiner ym. (2016, 154) toteavat, että toimintaan sitouttavat yksilömuotoiset interventiot voivat olla osa onnistunutta yksinäisyyden lievittämistä. Tämä on hyvä siitä näkökulmasta, että yhä useammat ikääntyneet asuvat kotonaan, mutta samaan aikaan liikkuminen on haastavaa, jolloin ryhmätoimintaan osallistuminen vaikeutuu.

Pitkälän ym. (2005) tutkimuksessa psykososiaalisesta ryhmäkuntoutuksesta interventiona yksinäisyydestä kärsivien ikäihmisten keskuudessa saatiin hyviä tuloksia. Ryhmäkuntoutus paransi psykososiaalista hyvinvointia, kognitiota ja terveyttä. Tämä näkyi myös sosiaali- ja terveystalveluiden merkitsevästi vähäisempänä käyttönä ja vähäisempinä sosiaali- ja terveyshuollon kustannuksina interventioon osallistuneiden keskuudessa. Toisaalta interventio aktivoi yksinäisyydestä kärsineitä sosiaalisesti. 40 prosenttia ryhmiin osallistuneista osallistui omatoimisiin ryhmätapaamisiin vielä vuoden päästä järjestetyn toiminnan loppumisen jälkeen. Merkitsevästi suurempi osa osallistuneista oli löytänyt uusia ystäviä ryhmäkuntoutusta seuranneen vuoden aikana verrattuna kontrolliryhmään. Tutkijat uskaltavatkin todeta, että ryhmätoiminta on hyödyllistä rajatussa kohderyhmässä, jossa yksinäisyydestä kärsivien kognitio ei ole merkittävästi kärsinyt ja jonka jäsenet ovat kiinnostuneita tarjottavasta ryhmäkuntoutuksen sisällöstä sekä valmiita sitoutumaan siihen. (Pitkälä ym. 2005, 64.)

Yhteiskunnan asenteiden merkitys yksinäisyyden lievittämisessä on aikaisemmin lähes kokonaan ohitettu. Aina ei tarvita iäkkäälle tarjottavia ihmisiä tai palveluita, jotta yksinäisyys voisi lievittyä. Yksinäisyyttä voi helpottaa jo pelkkä tunne siitä, että ihminen kokee olevansa arvostettu yhteiskunnan jäsen. Kun iäkkäiden ihmisten terveystalveluihin panostetaan, niin heille välittyy ajatus, että heidän hyvinvoinnistaan välitetään. Esimerkiksi ulkoiluavun tai kuljetustalvelun tarjoaminen voi merkitä paljon ikääntyneelle, joka ei muutoin pääse liikkumaan liikkumisvaikeuksiensa takia. Toisaalta on tärkeää myös tiedostaa, että kaikkea yksinäisyyttä ei voida poistaa. (Uotila 2011, 74.)

Edesmenneen ihmissuhteen kaipaus ja ikävointi sekä siihen liittyvä yksinäisyys kuuluvat osaltaan elämään. Uotila (2011, 74) korostaa, että mitkä tahansa ihmissuhteet eivät lievitä yksinäisyyden tunteita, joihin syynä voi olla ikävointi tai tekemisen puute. Esimerkiksi iäkkäiden omat lapset eivät iäkkäiden itsensä mukaan ole avainasemassa yksinäisyyden lievittämisessä, vaikka julkisuudessa usein niin ajatellaankin (emt.). Poikkeaviakin tutkimustuloksia on löydetty. Routasalon ym. (2003, 30) tutkimuksen mukaan lasten määrässä tai tapaamistiheydessä ei ollut eroa yksinäisten ja ei -yksinäisten välillä, mutta tapaamismääriin liittyvissä odotuksissa ero oli merkitsevä. Yksinäiset halusivat tavata lapsiaan useammin ja samanlainen tulos toistui, kun tarkasteltiin suhdetta ystäviin. Tämän tutkimuksen perusteella voisi sanoa, että yksinäisyyden kokemusta selittää tapaamisten lukumäärää enemmän odotukset tapaamisista. (Emt.)

Myönteisenä koettu yksinäisyys on lähes kokonaan unohdettu käsite julkisessa keskustelussa. Ihminen ei välttämättä koe yksin olemista huonona asiana eikä yksinäisyyden kokeminen ei ole aina riippuvainen muista ihmisistä. Melko yksipuoliseen julkiseen yksinäisyyskeskusteluun tulee nostaa yksinäisyys myös hyvänä ja miellyttävänä kokemuksena. Kaikki julkisuudessa esillä olevat merkitykset ja selitykset vaikuttavat kulttuuriseen ymmärrykseemme yksinäisyydestä. Samalla ne vaikuttavat iäkkäiden ihmisten omiin käsityksiin siitä, mitä voi tai pitää olla ikääntyneenä. (Uotila 2011, 74.) Englannin kielessähän on oma käsitteensä myönteiselle yksinäisyydelle (*solitude*), mutta suomen kielessä vastaavaa ei ole.

3 Ikääntyneiden terveys ja palvelut

Monilla terveyspalveluita käyttävillä vanhuksilla on erilaisia tarpeita ja rajoitteita samanaikaisesti. Heillä voi olla fyysisiä sairauksia, minkä lisäksi liikunta- ja muu toimintakyky saattaa olla huono. Yksinasuvia vanhuksia on paljon ja monilla voi olla vaikeuksia hoitaa kauppa-, pankki-, apteekki-, posti- ja muita asioita sekä osallistua lähiyhteisön tai yhteiskunnan toimintoihin. Alavireisyys ja masentuneisuus ovat melko yleisiä iäkkäiden keskuudessa. Siksi vanhusten hoidossa tulisi pystyä huomioimaan ikääntyneen kokonaistilanne. Sosiaali- ja terveyspalveluiden arvioinneissa tulisi pystyä huomioida oireiden, sairauksien ja fyysisen kunnon lisäksi iäkkään henkilön aikaisempi terveys, ajankohtainen sosiaalinen tilanne sekä asuinympäristö. Tästä johtuen muistin, mielialan, elämänarvojen, henkisten ja hengellisten tarpeiden sekä läheissuhteiden

arvioinnin tulee kuulua sosiaali- ja terveystalveluiden työntekijöiden toimintaan. (Kivelä 2012, 135.)

3.1 Ikääntyminen ja terveys

Biologisesta näkökulmasta ikääntymisen eli vanhenemisen perustana ovat yksittäisten solujen muutokset: solujen kemialliset reaktiot hidastuvat ja samaan aikaan solujen jakautumiset tulevat yhä harvinaisemmiksi. Vanhenemista voidaankin määritellä niin, että se on iän mukana kehittyvä fysiologisten toimintojen lisääntyvä huononeminen, joka johtaa vähentyneeseen stressinsietokykyyn ja sitä kautta kasvavaan sairastumisalttiuteen. (Portin 2013, 114.)

Tavallisia ikääntyneiden sairauksia ovat verenkiertoelinten ja hengityselinten sairaudet, tuki- ja liikuntaelinten vaivat ja mielenterveysongelmat. Tutkimuksessa 65-74 -vuotiaista naisista noin seitsemän prosenttia ja miehistä 20 prosenttia ilmoitti, että lääkäri on todennut heillä sydäninfarktin tai sepelvaltimotaudin. 85 vuotta täyttäneistä samasta diagnoosista raportoi joka kolmas ikääntynyt sukupuolesta riippumatta. Samalla tavoin aivohalvaukseen sairastuneiden osuus kasvoi iän mukana. Hengityselinsairauksista tunnetuin lienee astma, mutta se on vain hieman harvinaisempi 65-74 -vuotiailla kuin 75 vuotta täyttäneillä. Sen sijasta keuhkoputkien ahtauman esiintyvyys suureni iän myötä. 85 vuotta täyttäneistä naisista yli neljäsosalla ja miehistä yli kolmasosalla oli keuhkoputkien ahtaumaa, kun 65 vuotta täyttäneistä naisista keuhkoputkien ahtaumaa todettiin vain joka kuudennella naisella ja lähes joka neljännellä miehellä. (Sainio ym. 2013, 52-53.)

Sainio ym. (2013) ovat tarkastelleet tutkimuksessaan tuki- ja liikuntaelinten terveyttä polvi- ja selkäkipujen kautta. Lähes puolet 65 vuotta täyttäneistä naisista ja noin kolmasosa miehistä oli kärsinyt selkäkivuista tutkimusta edeltävän kuukauden aikana, mutta selkäkipu ei yleistynyt iän mukana. Sen sijaan polvivaivojen aiheuttamat kävelyvaikeudet olivat yleisempiä vanhemmassa ikäkohortissa: 65-74 -vuotiaista runsaalla neljäsosalla oli kävelyä vaikeuttava polvivaiva. 85 vuotta täyttäneistä vaivasta raportoi noin joka toinen. (Sainio 2013, 54.)

Eläkeikäisistä miehistä ja naisista noin joka kuudennella on merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta ja 65 vuotta täyttäneiden keskuudessa oireilu yleistyi iän karttuessa (Sainio ym. 2013, 56). Ikääntyneiden mielenterveysongelmiin liittyy monenlaisia erityispiirteitä. Esimerkiksi Saarenheimo (2003, 59) korostaa, että erityisesti vanhusten masennuksen kohdalla tulisi tarkasti pohtia, pitäisikö masentunutta mielialaa ja varsinaista kliinistä depressiota pitää saman prosessin eriasteisina ilmentyminä vai kokonaan eri ilmiöitä. Saarenheimo (emt.) jatkaa, että tutkimusten mukaan vakavaa depressiota ei vanhoilla ihmisillä esiinny enempää kuin muissa ikäryhmissä, mutta lieviä masennusoireita iäkkäillä on enemmän. Lisäksi vanhuksilla lievän masennuksen sekä depression tunnistaminen voi olla tavallista vaikeampaa, jos vanhuksella on samanaikaisesti fyysisiä sairauksia ja heikentynyt toimintakyky (emt.). Ahdistuneisuuden osalta tilanne on masennuksen kanssa identtinen: kliininen ahdistuneisuushäiriö on diagnosoitavissa 3,5 – 5,5 prosentilla yli 65-vuotiaista, vaikka ahdistuneisuusoireita on lähes viidenneksellä tämän ikäisistä (Saarenheimo 2003, 68).

Saarenheimo (2003) korostaa, että ikääntyneiden kohdalla mielenterveyttä ja sen häiriöitä on tarkasteltava laajemmasta kuin pelkästä psykiatrian näkökulmasta. Lääkärin tekemillä diagnooseilla ei välttämättä ole hallitsevaa asemaa hoidon suunnittelussa ja hoitokäytännöissä, sillä suunnitelmien perustana ovat lääketieteellisten sairaudenmääritysten lisäksi monenlaiset asiakkaan toimintakykyyn, terveyteen, sosiaalisiin suhteisiin ja elämäntilanteisiin liittyvä seikat sekä toisaalta myös asumisolot ja käytettävän henkilökunnan määrä. (Saarenheimo 2003, 57.)

Pitkäaikaissairauksien yleisyys on vähentynyt kaikissa 65 vuotta täyttäneiden ikäryhmissä vuodesta 2000 vuoteen 2011. Vielä vuonna 2000 neljä viidestä eläkeikäisestä ilmoitti sairastavansa ainakin yhtä pitkäaikaissairautta, mutta vuonna 2011 näin ilmoitti enää kolme viidestä. (Sainio ym. 2013, 51.) Myös koettu terveys on parantunut kaikissa yli 65 -vuotiaiden ikäryhmissä samalla ajanjaksolla. Koettua terveyttä arvioitiin Sainion ym. (2013, 51) tutkimuksessa asteikolla hyvä, melko hyvä, keskitasoinen, melko huono ja huono. Vielä vuonna 2000 65 prosenttia arvioi terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi, kun vuonna 2011 se oli enää 45 prosenttia sekä naisten että miesten keskuudessa (emt.). Uudempaa tietoa koetusta terveydestä on saatavilla Sotkanet.fi -portaalissa, joka on Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen

ylläpitämä tietopankki. Sotkanetissa on kaikkien kansalaisten saatavilla tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. Taulukossa 1 on esitetty Sotkanet.fi portaalin kautta haetusta tilastotiedosta ikääntyneiden arviota heidän omasta terveydestään. Viime vuosina yli puolet 65 vuotta täyttäneistä on jälleen arvioinut terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi, mutta vuonna 2018 osuus oli kuitenkin vain 48 prosenttia molempien sukupuolten osalta. Yli 75-vuotiailla osuudet ovat noin 10 prosenttiyksikköä suurempia. (Sotkanet Ikääntyminen.)

Taulukko 1 Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus (%)

		2015 %	2016 %	2017 %	2018 %
65 vuotta täyttäneet	Miehet	54	53	54	48
	Naiset	55	54	53	48
	Yhteensä	55	53	54	48
75 vuotta täyttäneet	Miehet	64	62	66	54
	Naiset	67	68	63	60
	Yhteensä	66	66	64	58

3.2 Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut Suomessa

Suurin osa iäkkäistä ihmisistä ei tarvitse säännöllisiä sosiaali- ja terveyspalveluita. Muistisairaudet ja muut toimintakykyä lisäävät rajoitteet kuitenkin lisääntyvät iän myötä. Palveluiden tarve lisääntyy väistämättä kaikkein vanhimpien ikäluokassa. Tämän takia terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen on yksi tärkeimmistä varautumistoimenpiteistä nopeasti ikääntyvässä Suomessa. Terve ikääntyminen pidentää työuria, tukee iäkkäiden täysivaltaista osallisuutta yhteiskunnassa, parantaa yleisesti heidän elämänlaatuaan ja vähentää sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta. Tätä kautta sillä on vaikutus julkiseen talouteen. (Laatusuositus hyvän ikääntyminen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019, 15.)

Ikääntyneen väestön sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamista on säädelty myös lainsäädännön avulla. Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (2012/980) pykälässä 12 säädetään hyvinvointia edistävästä palveluista ikääntyneille. Laista puhutaan usein vanhuspalvelulakina, jota käytän myös tässä tutkielmassa. Vanhuspalvelulain mukaan kunnan on tarjottava hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia terveystarkastuksia, vastaanottoja tai kotikäyntejä erityisesti niille ikääntyneeseen

väestöön kuuluville, joiden elinoloihin tai elämäntilanteeseen arvioidaan tutkimustiedon tai yleisen elämäkokemuksen perusteella liittyvän palveluntarvetta lisääviä riskitekijöitä (Vanhuspalvelulaki 2012/980 § 12.2). Yksinäisyys ja pienituloisuus ovat tällaisia riskitekijöitä, jotka ennakoivat toimintakyvyn heikkenemistä (Laatusuositus hyvän ikääntyminen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019, 16-17).

Iäkkäiden ihmisten sosiaaliturva koostuu palveluista ja toimeentuloturvasta. Ikääntyneiden palveluita tuotetaan sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. Palvelujen järjestämisestä vastuussa ovat kunnat, jotka myöntävät asukkailleen palveluita yksilökohtaisen palvelutarpeen arvioinnin perusteella. Kunnat tuottavat palveluja itse tai ne voivat ostaa niitä muilta kunnilta tai yksityisiltä palveluntuottajilta. (STM Palvelut ja etuudet iäkkäille.)

Ehkäisevillä palveluilla ja kuntoutuksella on tavoitteena pitää yllä iäkkäiden ihmisten toimintakykyä. Ehkäiseviin palveluihin sisältyvät esimerkiksi neuvontapalvelut kuten seniori-infot, hyvinvointia edistävät kotikäynnit, päiväkeskustoiminta ja ilmaisten rokotusten antaminen. Ehkäisevien palvelujen rinnalla tai sijasta ikääntynyt voi käyttää oman kuntansa terveyskeskuksen palveluja. Näitä ovat terveystarkastukset, hammashuolto, kotisairaanhoito, kuntoutuspalvelut ja apuvälineet. Erikoissairaanhoito järjestetään sairaanhoitopiirin toimesta. (STM Palvelut ja etuudet iäkkäille.)

Toisinaan ehkäisevät palvelut ja terveydenhuollon palvelut eivät riitä, vaan ikääntynyt tarvitsee lisäksi kotipalvelua, omaishoitoa, laitoshoidtoa, vammaispalveluja, toimeentulotukea tai muita sosiaalihuollon palveluita. Näiden myöntämisestä päättää kunnan viranomainen, joka arvioi henkilön palveluntarpeen. Monissa kunnissa kotipalvelu ja kotisairaanhoito on yhdistetty kotihoidoksi, jota täydentävät erilaiset tukipalvelut. Omaishoidon osalta kunta myöntää hoidettavan omaiselle tai muulle läheiselle omaishoidon tukea. (STM Palvelut ja etuudet iäkkäille.)

Erityisryhmistä palveluita tarjotaan veteraaneille ja muistisairaille. Veteraanipalvelut ja -etuudet on tarkoitettu Suomen sodissa palvelleiden kuntoutukseen, hoitoon ja toimeentulon tukemiseen. Muistisairaiden neuvontaa ja ohjausta varten useissa kunnissa on muistihoitajia, -neuvoja tai -koordinaattoreita. Ohjausta ja neuvontaa tarjoavat myös

erilaiset, alueelliset yhdistysten pitämät asiantuntija- ja tukikeskukset. (STM Palvelut ja etuudet iäkkäille.)

Erilaisilla asumispalveluilla tuetaan ikääntyneen itsenäistä asumista. Hänelle voidaan myöntää korvausta asunnon muutostöihin tai hänelle voidaan tarjota palveluasuntoa. Jos kotona tai palveluasunnossa asuminen ei ole mahdollista, voidaan ikääntyneen hoito järjestää laitoshoidona. (STM Palvelut ja etuudet iäkkäille.) Pitkäaikaiseen laitoshoitoon sisältyy hoidon lisäksi ravinto, lääkkeet, puhtaus, vaatetus sekä sosiaalista hyvinvointia edistävät palvelut. Pitkäaikaista laitoshoidoa annetaan pääasiassa vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla, mutta sitä tuottavat myös esimerkiksi yksityiset palveluntuottajat. (STM Laitoshoido.)

Hieman vähemmän tuettu asumismuoto on tehostettu palveluasuminen, jossa on henkilökuntaa paikalla ympäri vuorokauden ja siellä järjestetään paljon apua, hoivaa ja valvontaa sitä tarvitseville. Aukkailla on kuitenkin tehostetun palveluasumisen yksiköissä oma huone tai asunto yhteisten tilojen lisäksi. (STM Asumispalvelut ja asunnon muutostyöt.)

Tällä hetkellä 65 -vuotta täyttänyttä väestöä on reilu miljoona. Suurin osa heistä, lähes miljoona henkilöä, elää arkeaan itsenäisesti. Palveluja käyttää säännöllisesti noin 150 000 henkilöä. Noin 95 000 tuhatta henkilöä eli alle 10 prosenttia yli 65 -vuotiaista saa säännöllistä kotihoitoa tai omaishoidon tukea. Muualla kuin yksityiskodissa hoitoa ja huolenpitoa ympärivuorokautisesti saa reilut 50 000 henkilöä, mikä on noin 5 prosenttia ikäryhmästä. Nämä ikääntyneet asuvat palveluasumisessa, vanhainkodeissa tai terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoidossa. (Laatusuositus hyvän ikääntyminen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019, 11.) Viimeisen kymmenen vuoden aikana laitoshoidon vanhainkodeissa asuminen on vähentynyt merkittävästi ja ympärivuorokautisen asumisen painopiste on siirtynyt tehostettuun palveluasumiseen, mikä käy ilmi taulukoista 2 ja 3. Taulukot on muodostettu Sotkanet.fi -portaalin tarjoamasta tilastotiedosta. (Sotkanet Ikääntyminen.)

Taulukko 2 Vanhainkotien asiakkaat vuoden lopussa eri ikäryhmissä

Vuosi		0-64 v.	65-74 v.	75-79 v.	80-84 v.	yli 85 v.	Kaikki yhteensä
2007	Miehet	260	817	1007	1239	1687	5010
	Naiset	241	1021	1828	3369	7547	14006
	Yhteensä	501	1838	2835	4608	9234	19016
2017	Miehet	94	371	329	426	820	2040
	Naiset	73	350	444	788	2452	4107
	Yhteensä	167	721	773	1214	3272	6147

Tehostetun palveluasumisen asiakkaiden määrä on yli tuplaantunut kymmenessä vuodessa. Tätä selittää toki se, että yleisesti väestön ikääntyminen näkyy vanhuspalvelujen asiakasmäärissä (THL 2019). Samaan aikaan on kuitenkin huomattava, että vanhainkodeissa asuvien määrä on pudonnut kolmasosaan kymmenen vuoden takaisesta.

Taulukko 3 Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen asiakkaat vuoden lopussa eri ikäryhmissä

Vuosi		0-64 v.	65-74 v.	75-79 v.	80-84 v.	yli 85 v.	Kaikki yhteensä
2007	Miehet	421	1120	1017	1222	1633	5413
	Naiset	324	1434	2185	4006	7409	15358
	Yhteensä	745	2554	3202	5228	9042	20771
2017	Miehet	517	2489	2095	2954	5054	13109
	Naiset	424	2596	3352	5964	18258	30594
	Yhteensä	941	5085	5447	8918	23312	43703

Ikääntyneiden palveluiden saatavuuteen liittyy paljon tyytymättömyyttä, mikä selviää 2018 teetetystä kuntakyselystä, jossa vastaajina olivat kuntien, kuntayhtymien sekä yhteistoiminta-alueiden vanhustenpalveluista vastaavat henkilöt. Esimerkiksi vain reilu puolet kyselyyn vastanneista vuonna 2018 oli sitä mieltä, että asuinalueella on tarjolla kotihoitoa riittävästi ikäihmisille. Tavallisen palveluasumisen paikkamäärään omalla alueellaan oli tyytyväinen vain noin 30 prosenttia vastaajista. Samaan aikaan noin 60 prosenttia oli esimerkiksi sitä mieltä, että ikääntyneiden päihdepalveluiden määrä on riittämätön. Ikäihmisten mielenterveyspalveluiden riittämättömyydestä raportoi 50 prosenttia vastanneista. (THL 2018.)

3.3 Ikääntyneet terveyskeskuspalveluiden käyttäjinä

Kolme neljästä 65 vuotta täyttäneestä suomalaisesta on kertonut tarvitsevansa terveyskeskuslääkärin palveluita. Tarve on ikäluokassa suurempi pienituloisilla kuin suurituloisilla. Alimpaan tuloviidennekseen kuuluvista 78 prosenttia ja toiseksi alimpaan tai keskimmäiseen tuloviidennekseen kuuluvista myös hieman keskivertoa useammat olivat tarvinneet terveyskeskuksen palveluita. Ylimmässä tuloviidenneksessä tarve oli vähäisempi, mutta heistäkin kuitenkin yli 70 prosenttia on ilmoittanut tarvinneensa terveyskeskuksen palveluita. (Hannikainen, 2018.) Terveyskeskuspalvelun käytön määrä on laskenut 2000-luvulla. 2013 käyntejä oli miehillä 12 ja naisilla 8 prosenttiyksikköä vähemmän kuin vuonna 2004. (Noro et al. 2014, 240.)

Terveyskeskuspalveluita tarvitaan ja käytetään edelleen paljon, mutta samaan aikaan tyytymättömyys terveyskeskuslääkärin palveluiden saantiin on yleistä. Noin neljannes yli 60-vuotiasita lääkäripalveluita tarvinneista ei ollut saanut tai kokenut saavansa riittävästi lääkäripalveluita terveyskeskuksesta (Manderbacka ym. 2012, 7; Hannikainen, 2018). Hannikaisen (2018) tutkimuksessa tuloryhmiä tarkasteltaessa suurituloisimmissa esiintyy hieman enemmän tyytymättömyyttä (25%) kun kaikkein pienituloisimmilla (21%). Manderbackan ym. (2012, 7) tutkimuksessa tilanne oli vastakkainen, sillä siinä ikääntyneillä, jotka kokivat pulmia tulojen riittävydessä, oli enemmän tyydyttymättömyyttä palveluntarvetta. Tällaiset ristiriidat voivat kuitenkin selittyä sillä, että tuloilla mitattu pienituloisuus ja subjektiivinen kokemus tulojen riittävydestä voivat erota toisistaan selkeästi (Palomäki 2009, 544-546). Sukupuoli, koulutus, asuinpaikan kaupunkimaisuusaste ja yksin asuminen eivät olleet yhteydessä tyydyttämättömyyden palvelutarpeeseen (Manderbacka ym. 2012, 7).

Terveyskeskuspalveluiden saatavuuden osalta on tutkittu myös tyytyväisyyttä hoidon saamiseen. Noin kolme neljästä suomalaisesta ikääntyneestä sukupuolesta riippumatta kokee, että he ovat saaneet riittävästi hoitoa sairauksiinsa. Riittävyden kokemisessa oli kuitenkin laskua vuonna 2013 verrattuna vuoteen 2004. (Noro et al. 2014, 243.)

3.4 Yksinäisyys, terveys ja palvelujen käyttö

Yhdysvalloissa toteutettu pitkittäinen ja laaja väestöpohjainen tutkimus osoitti, että yksinäisyys ennustaa depressiivisten oireiden lisääntymistä, itsearvioidun terveyden

vähennemistä ja toiminnallisten rajoitusten kasvua, vaikka näiden terveystekijöiden vastavuoroinen vaikutus yksinäisyyteen huomioitaisiin. Tutkimuksen mukaan yksinäisyydellä on selkeä yhteys kuolleisuuteen, koska se vähentää edellä mainituilla tavoilla ikääntyneen emotionaalista ja fyysistä terveyttä. (Luo ym. 2012, 912.) Yksinäisyyden tunteet liittyivät kuolleisuusriskin kasvuun kuuden vuoden seurantajakson aikana. Tätä yhteyttä ei voitu selittää sosiaalisilla suhteilla tai terveyskäyttäytymisellä, vaan se nousi esiin nimenomaan yksinäisyyden terveysvaikutusten vuoksi. (Emt, 907.) Riski kuolla oli melkein kaksinkertainen niillä iäkkäillä, jotka raportoivat suurimmista yksinäisyyden tunteista verrattuna niihin, jotka kokivat yksinäisyyttä vähiten (emt, 912). Holt-Lunstat ym. (2010, 8-9) kävivät läpi 148 itsenäistä tutkimusta, joiden pohjalta myös näyttäisi siltä, että yksilöiden kokemukset sosiaalista suhteista ennustavat kuolleisuutta. Heidän tuloksissaan toimivat sosiaaliset suhteet lisäsivät 50 prosentilla todennäköisyyttä pidempään elämään. Suomalaista tutkimusta aiheesta ei ole juurikaan. Routasalon ym. (2003, 31) tutkimuksen mukaan ikääntyneillä yksinäisyys, masentuneisuus ja sosiaalinen eristäytyneisyys liittyvät toisiinsa, joskin niiden keskinäinen kytkös on epäselvä.

Ikääntyneiden yksinäisyydellä on vahva yhteys masennukseen ja se voi olla yksi yksittäinen masennuksen riskitekijä (Luanaigh & Lawrolz 2008, 1213). On myös huomattu, että ikääntyneiden yksinäisyydellä on merkitsevä yhteys fyysiseen terveyteen. Sillä on todennäköinen yhteys korkeaan verenpaineeseen, huonoon unenlaatuun, stressiin ja heikentyneeseen kognitiokykyyn (emt.). Samanlaisiin tuloksiin ovat päätyneet viime vuosina Courtin & Knapp (2017). Heidän tutkimuksessaan havaittiin laaja valikoima yksinäisyyteen ja sosiaaliseen eristykseen liittyviä terveydellisiä tiloja ikääntyneillä. Eniten yhteyksiä löytyi masennuksen sekä sydän- ja verisuonitautien osalta, mutta lisäksi yksinäisyydellä oli yhteys elämänlaatuun, yleiseen terveyteen, terveyteen liittyviin biologisiin markkereihin kehossa, kognitiiviseen toimintaan ja kuolleisuuteen (Courtin & Knapp 2017, 804.) Mekanismit, joilla sosiaalinen eristyneisyys ja yksinäisyys vaikuttavat terveyteen, eivät ole toistaiseksi hyvin ymmärrettyjä, mutta niillä uskotaan olevan vaikutusta esimerkiksi terveyskäyttäytymiseen ja uneen (Courtin & Knapp 2017, 805). Terveysnäkökulmaan liittyen Luanaigh & Lawrolz (2008, 1213) korostavat, että toimivasta ja näyttöön perustavasta yksinäisyyden hoitamisesta on puutetta.

Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan kroonistunut yksinäisyys yli 60-vuotiailla lisää merkittävästi terveyskeskuspalveluiden käyttöä (Gerst-Emerson & Jayawardhana 2015, 1013). Pohjoismaisista tutkijoista Taube ym. (2015, 435) ovat todenneet, että yksinäisyys ja siihen liittyvät negatiiviset terveysvaikutukset voivat mahdollisesti näkyä ikääntyneiden kohonneena terveyspalveluiden tarpeena ja kulutuksena, mutta tästä on toistaiseksi tehty vain harvoja tutkimuksia. Heidän oma tutkimuksensa osoitti, että heikot kotona asuvat vanhukset, jotka kokivat itsensä yksinäiseksi, käyttivät avohoidon terveyspalveluita päivystyskäynteineen huomattavasti enemmän kuin he, jotka eivät kokeneet yksinäisyyttä. Kuitenkin, kun avopalveluiden käytön analyysissä huomiottiin muidenkin tekijöiden vaikutus, huomattiin, ettei yhteyttä selitä välttämättä pelkästään yksinäisyys vaan ennemminkin masennus. (Taube ym. 2015, 439.)

4 Kolmas ikä ikääntyneen elämässä

Vanhuspalvelulaissa (2012/980) kolmannessa pykälässä ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa väestöä. Samaa määritelmää sovelletaan tässä tutkielmassa. Tutkielman aineisto koostuu kyselyn toteuttamishetkellä 65-69 -vuotiaista henkilöistä, jotka kaikki ovat saavuttaneet vanhuuseläkeiän. Samaan aikaan tutkielman aineiston ihmisiä voidaan kutsua kolmannen iän edustajiksi.

Alun perin kolmannen iän käsitteen kehitti Peter Laslett (1989). Kolmas ikä mahdollistaa vanhuuden elämänvaiheen jaksottamisen ja sillä kuvastetaan aikuisuuden jatkoaikaa ennen perinteistä käsitystä vanhuudesta. Kolmannessa iässä ikäihmisillä on vielä tilaisuus elää ilman iän mukanaan tuomia rasitteita. Samaan aikaan siihen liitetään riippumattomuutta, vapautta ja itsensä toteuttamista. (Laslett 1989, 78.) Gerontologisessa tutkimuksessa kolmatta ikää luonnehtivat monet positiiviset trendit: parantunut terveys ja toimintakyky, lisääntyneet odotukset aktiivisesta osallistumisesta yhteiskunnan toimintaan ja omien tavoitteiden toteuttamisesta, kohonnut koulutustaso ja parantunut taloudellinen tilanne (Heikkinen 2013, 401)

Eliniän noustua työelämän jättämisen ja kuoleman välinen ajanjakso on pidentynyt ja se pidentyy edelleen. Yhä suuremman osan tästä ikääntyneet elävät suhteellisen hyväkuntoisina ja eläkejärjestelmä mahdollistaa usein vähintäänkin kohtuullisen toimeentulon. Tämä ajanjakso on kolmatta ikää, jossa saavutetaan ikään kuin

”elämänkruunu”. Kolmannessa iässä tehdään sitä, mitä ihminen on aina halunnut tehdä – saavutetaan sellaiset päämäärät, joihin ennen ei ole ollut mahdollisuutta. Tämä vaihe edeltää neljättä ikää, jolloin toimintakyky lopulta huononee ja ihmiset tulevat toisista riippuvaisiksi. (Jyrkämä 2005, 354-355.)

Kolmas ikä on tutkimusmaailmassa keski-ikä ja vanhuuden välissä oleva ikävaihe, mutta se ei oikeastaan kuulu kansalaisten käytössä olevaan sanastoon (Karisto & Konttinen 2004, 66). Karisto & Konttinen (2004) ovat tutkineet ikääntyvien näkemyksiä siitä, milloin vanhuus alkaa. Yleisesti se ajoitettiin alkamaan mielellään hieman omaa ikää edempänä, mutta silti yllättävän varhaisiin vuosiin ajatellen gerontologian ja geriatrian näkemyksiä. Näiden mukaan vanhuus alkaa vasta aikaisintaan 80 -vuotiaana. Toisaalta kun ikääntyviltä kysyttiin, että milloin keski-ikä päättyy, niin vastaajat ilmoittivat keski-ikä päättyvän keskimäärin 57 -vuotiaana. Samaan aikaan vanhuuden alku sijoitetaan keskimäärin 64 ikävuoteen. Keski-ikä ja vanhuuden välinen aukko oli suurempi iäkkäämmillä vastaajilla. Ikääntyvät eivät kehtaa venyttää keski-ikää mahdollisimman pitkäksi, mutta samaan aikaan heillä ei ole sopivaa ikävaihetta keski-ikä ja vanhuuden väliin, joka keskimäärin vastaajien mielestä kestää seitsemän vuotta. (Emt., 66)

Kolmanteen ikään on syytä suhtautua myös kriittisesti. Ensinnäkin sen alkamista viivästyttää paineet työurien pidentämisestä ja toisaalta monella ihmisellä toimintakyky on todellisuudessa jo heikentynyt tässä vaiheessa. Ongelmia voi aiheuttaa myös riittämätön toimeentulo. Osalla tehdyt suunnitelmat eläkepäivien varalle vaihtuvatkin omaishoitosuhteeksi. Kaikki ikääntyneet eivät edes elä kolmatta ikää pidemmälle. Kolmannesta iästä voikin muodostua ahdistava ja painostava ajanjakso, kun juuri eläkkeelle jääneen oletetaan olevan aktiivinen, autonominen ja itseään toteuttava. Aktiivisuudesta on tullut uusi ikääntymisnormi tai jopa moraalinen velvollisuus. Ollakseen hyvä ikääntyvä täytyy olla aktiivinen: käydä esimerkiksi yliopiston luennoilla, liikkua ahkerasti, harrastaa kulttuuria ja matkustella. (Jyrkämä 2005, 355.)

Jyrkämä (2005) nostaa esiin kolmannesta iästä puhuttaessa perinteiset sosiaaligerontologiset ikääntymisteoriat, joista keskeisimpiä ovat aktiivisuus-, irtaantumis- ja jatkuvuusteoria. Nämä kaikki ovat teorioita hyvästä vanhenemisesta ja vanhuudesta ja ne voidaan hyvin liittää kolmanteen ikään. Aktiivisuusteorian mukaan hyvään vanhenemiseen johtaa yleisen aktiivisuuden ylläpitäminen, mikä tarkoittaa

esimerkiksi roolimenetysten korvaamista. Työelämästä poisjäämisen jälkeen ihmisen tulee liittyä esimerkiksi eläkeläisyhdistykseen, jonka toiminnasta päivät täyttyvät. Irtaantumisteoriassa hyvän vanhenemiseen kuuluu ikääntyvän ja ympäristön vähittäinen ja vastavuoroinen irtaantuminen toisistaan. Iän myötä ihmisen tulee jättää joitakin tehtäviä ja toimintoja eli vetäytyä yhteiskunnasta ottaen vastaan tähän suuntaan ympäristöstä tulevat viestit. Jatkuvuusteoria puolestaan näkee tärkeänä keski-ikässä omaksuttujen toimintamallien jatkamisen. Jos ihminen on harrastanut teatteria tai metsästystä, niin sitä tulee jatkaa edelleen vanhenemisesta huolimatta. Jyrkämä pohtii kolmannen iän osalta, että teorialta voisi tulkita tilanteelliseksi ja ilmiökohtaisiksi vaihtoehtoiksi toimintastrategioiksi. Tällöin hyvää vanhuutta voisi olla, että ikääntyvällä on mahdollisuus tehdä valintoja: olla aktiivinen, irtaantua haluamistaan asioista ja jatkaa sitä, mikä hyvältä tuntuu. (Jyrkämä 2005, 356.)

5 Tutkimustehtävä

Tässä tutkielmassa tarkoituksena on kuvailla tilastollisia menetelmiä käyttäen juuri eläkeiän saavuttaneiden suomalaisten ikääntyneiden yksinäisyyttä ja sen taustatekijöitä, terveyspalveluiden käyttämistä sekä siihen liittyvää käyttökokemusta. Kansainvälisten tutkimusten mukaan yksinäisyys lisää terveyskeskuspalveluiden käyttöä sekä suoraan että epäsuorasti (esim. Gerst-Emerson & Jayawardhana, 2015; Hunter, 2012), mutta yksinäisyyden yhteyttä käyttökokemukseen ei ole tietojeni mukaan tutkittu. Tutkielmassa yhtenä lähtökohtana on hypoteesi, jonka mukaan yksinäisyys ja aikaisemman kirjallisuuden perustella sen taustalla olevat tekijät (sukupuoli, asumismuoto, sosioekonominen asema sekä terveys) ovat merkityksellisiä, kun ikääntynyt arvioi, saiko hän tarvitsemaansa hoitoa suomalaisen terveyskeskuspalvelun lääkäriltä, pääsiko hän hoitoon riittävän nopeasti ja oliko hoidosta apua.

Tutkielmassa hyödynnetään aikaisemmin kerättyä aineistoa (n=591), jossa vastaajat ovat juuri eläkeikään siirtyneitä 65-69 -vuotiaita suomalaisia. Tavoitteena on selvittää, kuinka yleistä yksinäisyys on tässä aineistossa ja miten aikaisemmasta taustakirjallisuudesta esiin nousevat tekijät (asumisseura, terveydentila ja sosioekonominen asema) selittävät yksinäisyyttä. Toisena taustoittavana näkökulmana tutkimuksessa on tarkoitus kuvata terveyspalveluiden käyttämistä ja siihen liittyvää käyttökokemusta. Kolmantena

tavoitteena on selvittää, pitääkö edellisessä kappaleessa esitetty hypoteesi paikkaansa. Tutkielmassa pyritään vastaamaan seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- 1) *Kuinka yleistä ikääntyneiden yksinäisyys on ja mitkä tekijät sitä selittävät?*
- 2) *Minkälaista on ikääntyneiden terveyspalveluiden käyttö ja minkälaisia ovat siihen liittyvät käyttökokemukset?*
- 3) *Selittääkö yksinäisyys ikääntyneiden terveyspalvelun käyttöön liittyviä käyttökokemuksia hoitoon pääsyn ja saadun hoidon osalta?*

Tutkielman empiirinen osuus perustuu yksinäisyydestä käytyyn teoreettiseen keskusteluun ja aiempien empiiristen tutkimusten havaintoihin yksinäisyydestä ja sen taustatekijöistä. Terveyskeskuspalveluiden osalta on paljon tutkittu asiakastytyvääisyyttä, jolloin arvioinnin kohteena ovat usein hoitoon pääsemisen odotusaika sekä palvelun laatu (Nguyen & Seppälä 2014, 198–201). Tässä tutkielmassa mielenkiinto kohdistuu ainoastaan siihen, kokiko asiakas saavansa palvelusta tarvitsemaansa hoitoa ja apua vai ei sekä pääsiko asiakas hoitoon riittävän nopeasti. Kyseessä on potilaan subjektiivinen mielipide, joka ei ota huomioon millään tavoin sitä, minkälaista hoitoa tai kohtelua terveyspalvelun käyttäjä on todellisuudessa saanut. Tilanne on verrattavissa monissa sairaaloissa käytössä olevat "happy or not" - palautelaitteisiin, jotka antavat tietoa potilaan subjektiivisesta kokemuksesta. Tämänkaltaiset potilastytyvääisyystudkimukset tai hymiöillä annetut palautteet kertovat nimenomaan potilaiden tai asiakkaiden tyytyväisyydestä, mutta ne eivät välttämättä kuvasta esimerkiksi hoidon tuloksellisuutta, laatua tai turvallisuutta (Köhler et al. 2007, 737).

Tutkielman aineisto on kerätty osana Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimus- ja kehittämishanketta vuoden 2015 lopussa ja 2016 alussa. Ikihyvän seurantatutkimuksessa samoilta ihmisiltä kerättiin tietoa ikääntymisestä eri elämänvaiheissa vuosina 2002–2012. 2015–2016 toteutettiin jatkokysely Ikihyvän nuorimmalle 1946–1950-syntyneelle ikäluokalle. Jatkokysely toteutettiin erillisenä Vantterra-tutkimuksena, jossa tavoitteena oli tuottaa lisää tietoa terveyspalveluiden kohdentumisesta ja käytöstä ikääntyneen väestön eri osaryhmissä. Lisäksi kyselyssä oli useita muuttujia liittyen vastaajan sosiaaliseen ja taloudelliseen hyvinvointiin. Kyseinen jatkokyselyssä kerätty Vantterra-

tutkimuksen aineisto on tämän tutkielman aineisto. Jatkossa aineistoon viitataan Vanttera-tutkimuksen aineistona.

6 Aineisto ja menetelmät

Yksinäisyyttä voidaan tutkia sekä laadullisia että tilastollisia menetelmiä käyttäen. Laadullinen tutkimus keskittyy usein yksinäisyyden kokemukseen ja yksinäisyyteen liittyviin tunteisiin. Yksinäisyyden tutkimisella voi olla myös elämäntutkimuksen näkökulma, kuten Tiilikaisen (2016a) väitöskirjassa. Tässä tutkielmassa hyödynnän aikaisemmin tehtyjä laadullisia tutkimuksia teoreettisen viitekehyksen esittelyssä, mutta tutkielma itsessään pohjautuu kyselytutkimuksilla kerättyyn aineistoon, jota analysoidaan tilastollisin menetelmin. Tilastollisia menetelmiä hyödyntäen pystyn tuottamaan numeerista tietoa ikääntyneiden yksinäisyyden yleisyydestä ja sen taustatekijöistä, terveystietojen käytöstä sekä terveystietojen käyttökokemuksesta. Tulevaisuuden sote-palveluita suunnitellaan valtakunnallisesti, joten päätösten tueksi tarvitaan paljon erilaista tutkimukseen perustuvaa tilastotietoa. Ikääntyneet ovat suuri sote -palveluita käyttävä väestöryhmä ja lisäksi väestöryhmä kasvaa jatkuvasti, joten heidän tilanteensa esillä pitäminen on palveluiden suunnittelussa todella tärkeää.

6.1 Kvantitatiivinen kyselytutkimus

Kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta nimitetään usein tilastolliseksi tutkimukseksi, sillä sen avulla selvitetään tilastollisia menetelmiä käyttäen lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Usein tavoitteena on selvittää eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai tutkittavassa ilmiössä tapahtuneita muutoksia. Tutkimusaineisto kerätään standardoiduilla tutkimuslomakkeilla, joissa on valmiit vastausvaihtoehdot. Kvantitatiivinen tutkimus edellyttää riittävän suurta ja edustavaa otosta, sillä aineistosta saatuja tuloksia pyritään yleistämään koskemaan laajempaa joukkoa tilastollisen päättelyn keinoja hyödyntäen. Kvantitatiivisella tutkimuksella saadaan usein kartoitettua olemassa oleva tilanne, mutta ei välttämättä pystytäkään selvittämään asioiden syytä. (Heikkilä 2014, 15.)

Kvantitatiivissa tutkimuksessa yksi tapa kerätä aineistoa on tehdä lomakekysely, joka tunnetaan survey-tutkimuksen keskeisenä menetelmänä. Englanninkielinen termi *survey* puolestaan viittaa sellaisiin kyselyyn, haastattelun ja havainnoinnin muotoihin, joissa aineistoa kerätään standardoidusti ja joissa kohdehenkilöt muodostavat otoksen tietyistä perusjoukosta. (Hirsjärvi ym. 2009, 193–197.) Standardoidussa menetelmässä kaikilta vastaajilta asiaa kysytään täsmälleen samalla tavalla. Kyselylomakkeissa voidaan kerätä tietoja tosiasioista, käyttäytymisestä ja toiminnasta, kyvyistä, arvoista, asenteista, uskomuksista, käsityksistä ja mielipiteistä. (Hirsjärvi ym. 2009, 193–197; Heikkilä 2014, 53–54.)

Kysely toteutetaan usein joko posti- ja verkkokyselynä tai kontrolloituna kyselynä. Posti- ja verkkokyselyssä lomake lähetetään suoraan tutkittaville. He täyttävät sen itse ja toimittavat takaisin tutkijalle. Mikäli kysely on lähetetty ns. suurelle yleisölle eli valikoimattomalle joukolle, niin vastausprosentti jää usein pieneksi: parhaimmillaan vastauksia saadaan 30–40 prosentilta mahdollisista vastaajista. Jos lomake lähetetään jollekin erityisryhmälle, kuten esimerkiksi koulujen rehtoreille ja aihe on kohderyhmälle tärkeä, niin vastausprosentti on usein parempi. Postikyselyä lähellä on kyselymuoto, jossa kysely välitetään jonkun organisaation tai instituution kautta eteenpäin. Esimerkiksi tutkija voi lähettää kyselyä päiväkotien johtajille ja pyytää häntä välittämään linkkiä lasten vanhemmille. (Hirsjärvi ym. 2009, 196–197.) Riippumatta siitä, minkälainen kyselymuoto valitaan, niin lomake tulee aina koehaastatella tai antaa jollekin kohdejoukon edustajalle vastattavaksi. Lomaketta tulee testata ainakin viidellä henkilöllä. Testaajien tehtävänä on antaa palautetta kysymysten ja ohjeiden selkeydestä sekä yksiselitteisyydestä, vastausvaihtoehtojen sisällöllisestä toimivuudesta ja lomakkeen vastaamisen raskaudesta sekä vastaamiseen kuluva ajasta. (Heikkilä 2014, 58.)

Kontrolloidussa kyselyssä tutkija jakaa lomakkeet henkilökohtaisesti vastaajille ja samalla hän kertoo tutkimuksen tarkoituksesta sekä opastaa lomakkeen täyttämässä. Vaihtoehtoisesti tutkija voi lähettää kyselyt vastaajille postitse, mutta hän käy henkilökohtaisesti noutamassa lomakkeet, jolloin tutkimuksen kulusta ja lomakkeen täyttämisestä voidaan keskustella kasvokkain. (Hirsjärvi ym. 2009, 196–197.)

Kyselytutkimuksen etu on, että sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto, sillä tutkimuksessa voi olla mukana paljon henkilöitä ja lisäksi heiltä voidaan kysyä monia asioita. Toisaalta kyselytutkimuksessa ei voida koskaan olla varmoja, kuinka vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen tai miten onnistuneita annetut vastausvaihtoehdot ovat olleet vastaajan näkökulmasta. Etukäteen ei voida tietää, kuinka hyvin vastaajat ovat selvillä niistä asioista, joista heille esitetään kysymyksiä. Menetelmän heikkoutena on myös kato eli kyselyyn vastaamattomuus, joka nousee joissakin tapauksessa suureksi. Vastausprosentti vaihtelee usein 20–80 prosentin välillä, mutta etenkin kirjekyselyissä se jää usein alle 60 prosenttiin (Hirsjärvi ym. 2009, 195; Heikkilä 2014, 63-64.)

6.1.1 Yksinäisyyden tutkiminen kvantitatiivisesti

Yksinäisyyttä voidaan tutkia kvantitatiivisesti joko yksi- tai moniulotteisena ilmiönä. Kun yksinäisyyttä tutkitaan yksiulotteisena globaalina ilmiönä, niin tutkimus keskittyy lähinnä mittaamaan koetun yksinäisyyden voimakkuuden vaihtelua eikä yksinäisyyden syitä erotella. Moniulotteisessa lähestymistavassa tavoitteena puolestaan on erotella yksinäisyyden eri ilmenemismuotoja. (Tiikkainen 2006, 15.)

Tiikkaisen (2006, 15) mukaan moniulotteisista mittareista De Jong Gierveldin kehittämää 11-osaista yksinäisyyttä kuvaavaa asteikkoa on käytetty eniten. Mittarin kehitystyössä on kuitenkin huomioitu yksinäisyyden jakautuminen sosiaalseksi ja emotionaaliseksi yksinäisyydeksi, joten myös yksiulotteinen tutkiminen on sen avulla mahdollista. Tutkija voi tutkimuskysymyksestään riippuen valita koko asteikon. Vaihtoehtoisesti hän voi valita vain asteikon emotionaaliset tai sosiaaliset mittarit. Suuriin väestötutkimuksiin asteikosta on kehitetty lyhyempi versio, jossa on yhteensä kolme mittaria molemmista osioista. (De Jong Gierveld & Van Tilburg 2010, 122–123.)

Yksiulotteisista mittareista tunnetuin on UCLA-asteikko, jonka alkuperäisessä versiossa 20 väittämän avulla selvitettiin, kuinka yksinäiset kuvailevat kokemustaan. Vaikka mittarista oli 1990-luvulle tultaessa kehittynyt alalla jo ikään kuin standardi, oli mittarista jo tuolloin löytynyt puutteita. Ongelmia havaittiin erityisesti silloin, kun mittaria alettiin käyttää muillakin väestöryhmillä kuin opiskelijoilla. (Russel 1996, 21.) Tiikkainen (2016, 15) onkin todennut, että vaikka yksinäisyyttä kuvaavia asteikkoja on kehitetty

useita, niin vähemmän niitä on testattu tai niiden luotettavuutta ja soveltuvuutta on arvioitu iäkkäille henkilöille.

Yksinäisyyttä on tutkittu usein myös kysymällä ihmiseltä suoraan, kokeeko hän yksinäisyyttä (Tiikkainen 2006, 15). Yksittäinen kysymys on selkeä ja ymmärrettävä. Esimerkiksi Isossa-Britanniassa yksittäinen suora kysymys, vastausvaihtojen vaihdellessa ”en koskaan” ja ”aina” välillä, on ollut vallitseva mittari yksinäisyyttä käsittelevissä tutkimuksissa (Victor ym. 2002, 35). Tässä lähestymistavassa oletetaan, että yksinäisyys on yksiulotteinen konsepti, jossa erot ihmisten välille syntyvät kokemuksen voimakkuudesta (Victor ym. 2005, 64). On kuitenkin huomioitava, että tunnetilaan ja persoonallisuuteen liittyvät muuttujat, jotka liittyvät vastaajan sisimpään ja turvallisuuden tunteeseen, korreloivat voimakkaammin emotionaalisen kuin sosiaalisen yksinäisyyden kanssa (Van Baarsen ym. 2001, 123). Vanteran tutkimuksessa osallistujilta kysyttiin suoraan yksittäisellä kysymyksellä, kuinka usein vastaaja tuntee itsensä yksinäiseksi. Vastausvaihtoehdot olivat ”en koskaan”, ”harvoin”, ”silloin tällöin”, ”usein” ja ”jatkuvasti”.

Suorassa kysymyksessä haasteeksi on osoittautunut yksinäisyyden määrittely: jokainen vastaaja käsittää yksinäisyyden omalla tavallaan, jolloin analysoinnissa on läsnä useita erilaisia tulkintoja yksinäisyydestä (esim. Fees ym. 1999, 238). Yleisesti yksinäisyyksmittareissa haasteena ovat olleet negatiiviset, jotka luovat ennakkokäsityksiä (esim. Russel 1996, 21). Victor ym. (2005, 64) kirjoittavatkin, että jo pelkkä yksinäisyys käsitteenä saattaa olla niin stigmatisoiva käsite, etteivät vanhemmat ihmiset halua identifioitua siihen ja sen takia aliarvioivat omaa yksinäisyyden tunnettaan tutkimuksissa.

6.1.2 Taloudellisen tilanteen mittaamiseen liittyviä haasteita

Pienituloisuus on tutkimuskirjallisuuden mukaan yksi selkeä yksinäisyyden taustatekijä asumisseuran ja terveydentilan lisäksi. Tässä luvussa käsitellään taloudellista tilannetta ja sen mittaamista laajemmin niiden kompleksisuuden takia.

2000-luvun aineellisesti vauraissa yhteiskunnissa köyhyys ei ole enää absoluuttista, terveyttä ja fyysistä olemassaoloa uhkaavaa (Haapola ym. 2012, 277), joten sen määrittäminen on monimutkaista. Köyhyys ja hyvinvointi ovat arvottavia käsitteitä ja

samalla niihin liittyy vahva normatiivinen elementti, joten arvosidonnaisuus on läsnä kaikessa köyhyyttä koskevassa keskustelussa. Yhtä mieltä ollaan lähinnä siitä, että intuitiivisella tasolla köyhyys on kurjuutta ja puutetta (Kangas & Ritokallio 2008, 3). Yhteiskunnallisella tasolla köyhyyttä on pyrittävä poistamaan jo perustuslainakin näkökulmasta. Tämä yksimielisyys katoaa kuitenkin nopeasti, kun aletaan pohtia, minkä puutetta köyhyys oikeastaan on ja miten perustuslakiin kirjattu vaatimus riittävästä toimeentulosta tulisi taata. (Emt.) Millainen kurjuus on köyhyyttä? Millaisilla toimintatavoilla köyhyyteen tulisi puuttua? Minkälaisia toimenpiteitä köyhyyden lievittämiseksi tulisi tehdä?

Köyhyyteen liittyvässä kirjallisuudessa maailmanlaajuisesti puhutaan absoluuttisesta ja suhteellisesta köyhyydestä. Absoluuttisessa köyhyysmääritelmässä on olemassa jokin tulojen vähimmäismäärä, jolla ihmisen fyysinen olemassaolo pystytään turvaamaan. Tällaista lähestymistapaa käytetään usein, kun tutkitaan kehitysmaiden köyhyyttä. Esimerkiksi Afrikan köyhyyttä arvioidessaan YK ja Maailmanpankki käyttävät yhtä tai kahta dollaria per päivä absoluuttisen köyhyyden mittarina. Huomionarvoista kuitenkin on, että näin määriteltynä rikkaimmissa Afrikan maissa köyhyyttä ei esiinny lainkaan. Pulmana absoluuttisen köyhyyden määrittelyssä on, että lopulta sekin on suhteellista. Elinolojen turvaamisen tarvittavat resurssit ovat täysin paikasta riippuvaisia. Elämiseen tarvittavat rahamäärät ja resurssit ovat ihan erilaisia esimerkiksi Pohjois-Norjassa verrattuna Filippiineihin. Toisaalta ajallisella ulottuvuudellakin on merkitystä: elämä 50 vuotta sitten oli hyvin erilaista erilaisine vaatimustasoineen kuin nykypäivänä. Epävarmuutta absoluuttisen köyhyyden määritelmään lisää määrittelyn tekijä: kuka voi ylipäänsä päättää, mikä absoluuttinen köyhyysraja on? (Kangas & Ritokallio 2008, 3.)

Vaikka tutkijat ovat tänä päivänä yksimielisiä modernin köyhyyden suhteellisesta luonteesta, niin myös sen empiiriseen mittaamiseen liittyy erimielisiä näkemyksiä. Osa tutkijoista on sitä mieltä, että huono-osaisuutta tulisi tutkia epäsuorasti tulojen ja muiden resurssien avulla, kun taas toiset keskittyisivät suoraan elinoloihin (Kangas & Ritokallio 2008, 6). Mahdollisuus on toki käyttää näitä molempia yhdessä. Yhdistelmäkritterissä yhdistellään suoria ja epäsuoria metodeita. Esimerkkimittari yhdistelmästä on asiakkuus toimeentulotuessa, jossa köyhyysrajan määrittävät poliittinen päätöksenteko sekä avun hakija tai tarvitsija yhdessä (Kangas & Ritokallio 2008, 7). Lisäksi köyhyyttä mitattaessa

tulee päättää, minkälainen painoarvo annetaan objektiivisille tekijöille suhteessa ihmisen subjektiiviseen näkemykseen.

Hyvinvoinnin määrittelyssä painopiste on 2000-luvulla siirtynyt niin Suomessa kuin muuallakin maailmassa kollektiivisesta, ulkoisesti havaitusta tai mitatusta hyvinvoinnista yksilöllisen ja koetun hyvinvoinnin suuntaan (Simpura & Uusitalo 2011, 138). Samanlainen suuntaus koskee myös köyhyyden määrittämistä. Kankaan & Ritokallion (2008) mukaan erityisesti teollistuneissa maissa puhutaan köyhyyden yhteydessä myös sosiaalisen toimintakyvyn edellytyksistä. Tällöin ei-köyhänä olemiseen ei riitä pelkkä fyysisen toimintakyvyn takaaminen, johon liittyvät muiden muassa asianmukainen asunto, riittävä ravitsemus, vaatetus ja terveys. Sen sijasta ei-köyhällä on oltava mahdollisuuksia osallistua, elää ja kuluttaa niin, että tarpeen tyydytykset täyttävät tietyt ympäröivän yhteiskunnan mukaiset laatuvaatimukset. (Kangas & Ritokallio 2008, 3.)

Vanteran tutkimuksessa vastaajan taloudellista asemaa lähestyttiin kysymällä häneltä hänen subjektiivista mielipidettä taloudellisesta tilanteestaan. Vastausvaihtoehtoja olivat ”varakas”, ”hyvin toimeen tuleva”, ”keskituloinen”, ”pienituloinen” ja ”köyhä”. Lisäksi kysyttiin vastaajan subjektiivista kokemusta siitä, kuinka hyvin hänen rahansa riittävät päivittäisiin menoihin. Vastausvaihtoehtoja olivat ”erittäin hyvin”, ”melko hyvin”, ”siinä ja siinä (rahat riittävät vain tarpeellisiin menoihin, ylimääräistä ei jää)”, ”melko huonosti” ja ”erittäin huonosti”.

6.1.3 Terveyspalvelun käyttökokemuksen tutkiminen

Perusterveydenhuollon yksi laadun mittari on asiakkaiden tyytyväisyys palveluihin (Knape et al. 2016, 127). Nguyen & Seppälä (2014) ovat tarkastelleet suomalaisten terveyspalveluiden käyttöä ja palvelujen käyttäjien kokemuksia palvelujärjestelmän toiminnasta. Heidän tutkimuksessaan saatavuutta arvioitiin kysymällä, oliko vastaaja viimeisen 12 kuukauden aikana mielestään joutunut odottamaan kohtuuttoman kauan tarvitsemaansa hoitoon pääsyä ja mikä kohtuuton odotusaika viikoissa oli. Toinen selkeä yksilöön liittyvä tekijä oli laadun arviointi, jonka osalta tuloksissa kerrotaan muiden muassa, että julkisten terveyspalveluiden laatuun oltiin vastaajien keskuudessa melko tyytyväisiä, mutta sen osatekijöitä ei tarkemmin avattu. Muita käyttöön ja kokemukseen

liittyviä kokonaisuuksia olivat henkilökohtaisen taloustilanteen vaikutus sairauden hoitoon (esimerkiksi onko varaa ostaa lääkkeitä), yksityisten lääkäripalvelujen käyttö ja sairausvakuutukset sekä julkisen rahoituksen riittävyys terveyden- ja sairaudenhoidon palveluihin. (Nguyen & Seppälä 2014, 198–201.)

Kuntaliitto ja THL ovat vuonna 2014 toteuttaneet terveystieteiden avosairaanhoidon vastaanottoihin liittyen asiakastytyväisyysmittauksen. Kyselyssä arvioitiin yhteydenottoa ja ilmoittautumista, lääkärin vastaanottoa sekä hoitajan vastaanottoa eri näkökulmista. Hoitohenkilökunnan osalta arvioitiin muiden muassa odotusaikaa, vuorovaikutusta, käytöstä, ammattitaitoa, tiedon saantia sekä jatkohoito-ohjeita. (Kuntaliitto 2015.) Aikaisemmat terveystieteen palvelun käyttökokemukseen liittyvät tutkimukset ovat olleet kiinnostuneita asiakkaan tyytyväisyydestä koko terveydenhoidon palveluprosessiin. Tässä tutkielmassa minä olen kiinnostunut siitä, saiko henkilö tarvitsemaansa hoitoa ja oliko hoidosta apua. Vantteratutkimuksessa asiaa kysyttiin vastaajilta suorilla kysymyksillä, jossa muuttujien vastausvaihtoehdot olivat kyllä ja ei. Kyseessä on vastaajan subjektiivinen kokemus avun saamisesta. Tällaista tietoa on saatavilla vähän. Toisaalta ylipäänsä perusterveydenhuollon vaikuttavuudesta on edelleen erittäin vähän tietoa (Knape et al. 2016, 130).

6.2 Tutkimusaineisto

Tässä pro-gradu -tutkielmassa analysoidaan aikaisemmin kerättyä aineistoa, joka on kerätty vuosien 2015 ja 2016 aikana Vantteratutkimuksessa, joka oli osa Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimus- ja kehittämishanketta. Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimus- ja kehittämishankkeessa on ollut tarkoitus edistää ikääntyvän väestön terveyttä ja hyvinvointia tutkijoiden ja paikallisten toimijoiden monitieteisenä ja moniammatillisena yhteistyönä. Ikihyvä rakentui kehittämisinterventiosta ja seurantatutkimuksesta. Kehittämisinterventiossa tavoitteena oli kehittää uusia terveyden edistämisen toimintatapoja. Seurantatutkimuksessa kerättiin samoilta ihmisiltä tietoa ikääntymisestä eri elämänvaiheissa vuosina 2002–2012. Ikihyvä Päijät-Häme -hankkeesta vastasi Helsingin yliopiston Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia yhteistyössä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, Helsingin yliopiston sosiaalitieteiden laitoksen, Lahden ammattikorkeakoulun sekä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden ja alueen kuntien kanssa. (Ikihyvä 2019.)

Osana Ikihyvä Päijät-Häme tutkimus- ja kehittämishanketta on tehty Vantterra-niminen tutkimus, jonka tavoitteena oli tuottaa lisää tietoa terveyspalveluiden kohdentumisesta ja käytöstä ikääntyneen väestön eri osaryhmissä. Vantteraa varten Ikihyvä-seurantatutkimuksen nuorimmalle ikäluokalle (1946–50 syntyneet) tehtiin jatkokysely 10.11.2015–31.1.2016 välillä. Kyseisen jatkokyselyn tuloksia käytetään tämän tutkimuksen aineistona ja siihen viitataan tässä tutkimuksessa Vantterra-tutkimuksen aineistona tai lyhyemmin Vantterra-aineistona. Postikyselynä toteutettuun kyselyyn vastasi 591 henkilöä, joka oli 83,7 prosenttia kutsutuista. Vastaajat olivat kyselyhetkellä 65–69-vuotiaita. Miehiä oli 43 prosenttia ja naisia 57 vastaajista. Kahta vastaajaa lukuun ottamatta vastaajien äidinkielenä oli suomi. 59 prosenttia vastaajista kertoi pohjakoulutuksena olevan kansakoulu ja yhdellä prosentilla se on jäänyt kesken. Neljäsosalla vastaajista pohjakoulutuksena on keskikoulu. 15 prosenttia vastaajista oli ylioppilaita.

Ikihyvä -Päijät-Hämeen ja Vantteran kohdealueena oli vain yksi sairaanhoitopiiri (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä), joten tuloksia ei voida varauksetta yleistää koskemaan koko Suomea. Tutkimustulosten luotettavuuden eli reliabiliteetin osalta on tärkeää, että kohderyhmä ei ole vino, vaan otos edustaa koko tutkittavaa perusjoukkoa (Heikkilä 2005, 30). Maantieteellisesti ajateltuna otos on vino. Toisaalta otoskoko eli saatujen vastausten määrä riittävän iso, sillä otoskoko riittää kattamaan valtakunnallisen kyselytutkimuksen (Heikkilä 2014, 43). Myös vastausprosentti (83,7 %) on erittäin hyvä. Ehkä juuri sen takia Vantterra-tutkimuksen tekijöiden mukaan tuloksia voidaan pääosin yleistää koskemaan koko maan saman ikäistä väestöä (Julkisia vai yksityisiä lääkäripalveluja eläkeläisille? Tutkimus Kelan maksamien sairaanhoitokorvausten merkityksestä ikääntyneiden päijäthämeläisten terveydenhoidossa vuosina 2002–2012, 2016).

Käytän tutkimuksessa valmista numeerista aineistoa, josta on jo aikaisemmissa käsittelyvaiheissa piilotettu kaikki tutkimukseen osallistuneiden ihmisten tunnistamiseen liittyvä tieto. Koska tutkimusdata ei sisällä osallistujien henkilötietoja, en tutkimuksessa käsittele ollenkaan yksittäisten tunnistettavien ihmisten henkilökohtaisia tai arkaluontoisia tietoja. Eettisesti aineiston käsittelyyn ei näin ollen liity riskejä

yksilöllisestä tietosuojanäkökulmasta. Hävitän aineiston asianmukaisesti tutkimuksen päättyessä.

6.3 Käytettävät tilastolliset menetelmät

Tilastollisia analyysimenetelmiä on olemassa useita ja sopivien menetelmien valinta on osa tutkimusprosessia. Käytettävä menetelmä perustuu tutkimuksen tavoitteiden lisäksi aineiston ja analysoitavien muuttujien laatuun. Lopullisesti menetelmien käyttömahdollisuus selviää vasta aineistoa käsitellessä, sillä jokaisen analyysimenetelmän käyttöön liittyy ehtoja ja rajoituksia. Toisaalta erilaiset analyysimenetelmät voivat korvata toisiaan ainakin osittain. Usein tutkija joutuu kokeilemaan useita eri vaihtoehtoja ennen kuin kyseisille muuttujille löytyy analyysimenetelmä, jonka avulla tutkimuskysymykseen voidaan vastata. (Heikkilä 2005, 183.)

Tutkimusainestoa on analysoitu Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 25 -ohjelmaa apuna käyttäen. Analyysissa on käytetty sekä ristiintaulukointia että logistista regressioanalyysia. Molempien menetelmien tulosten tulkintaan liittyy oleellisesti merkitsevyystaso eli riskitaso, joka ilmaisee, kuinka suuri riski on, että aineistosta ryhmien väliltä löydetty ero tai riippuvuus johtuu sattumasta. Merkitsevyystasoon viitataan p-arvolla (*probability*) tai alfalla (tulosteissa Sig.) ja se mittaa todennäköisyyttä tehdä virheellinen johtopäätös, jos nollahypoteesi hylätään. Nollahypoteesissa eroja tai riippuvuusarvoja ryhmien välillä ei ole. Muuttujien välistä riippuvuutta tai eroja ryhmien keskiarvoissa voidaan sanoa olevan vain siinä tapauksessa, jos asiasta on tarpeeksi vahvaa näyttöä. Näytön vahvuutta arvioidaan merkitsevyystasoilla, joista yleisimmin käytettyjä ovat 0,05 (5%), 0,01 (1%) ja 0,001 (0,1 %). Usein käytetään viiden prosentin merkitsevyystasoa, joka tarkoittaa sitä, että tutkija hylkää nollahypoteesin, mutta 5 prosentin todennäköisyydellä kyseinen tai vielä sitäkin harvinaisempi tulos (ero tai riippuvuusarvo) olisi mahdollista saada silloinkin, kun nollahypoteesi on voimassa. Taulukossa 4 on esitelty eri merkitsevyystasojen luokittelua. Näitä käytetään tässä tutkimuksessa. (Heikkilä 2014, 185).

Taulukko 4 Merkitsevyystasojen luokittelu

Merkitsevyystaso	P-arvo	Symboli
Tilastollisesti erittäin merkitsevä	$\leq 0,001$	***
Tilastollisesti merkitsevä	$0,001 < p \leq 0,01$	**
Tilastollisesti melkein merkitsevä	$0,01 < p \leq 0,05$	*
Tilastollisesti suuntaa antava	$0,05 > p \leq 0,1$	

6.3.1 Ristiintaulukointi

Ristiintaulukointi on analyysimenetelmä, jolla voidaan selvittää eri muuttujien välistä yhteyttä eli sitä, millä tavalla ne vaikuttavat toisiinsa. Kun ristiintaulukoinnissa havaitaan yhteys kahden eri muuttujan välillä, koskee tulos vain kyseistä otosta eli tutkimusaineistoa. Usein tilastollisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita tulosten yleistettävyydestä. Tutkimuksessa halutaan tietoa siitä, onko muuttujien yhteyksissä ryhmien välillä eroa myös perusjoukossa vai johtuiko ero tutkitussa aineistossa sattumasta. Ristiintaulukoitujen muuttujien osalta tätä voidaan tutkia χ^2 -riippumattomuustestillä (Khiin neliö -testi). χ^2 -testi mittaa kahden muuttujan välistä riippumattomuutta ja siinä kullekin solulle lasketaan ns. odotettu frekvenssi, joka olisi frekvenssi siinä tapauksessa, jossa muuttujat olisivat toisistaan riippumattomia. Tätä odotettua frekvenssiä verrataan havaittuun frekvenssiin eli solussa olevaan aitoon frekvenssiin. (Metsämuuronen 2011, 358–359; Heikkilä 2014, 198–201.)

Odotettujen ja havaittujen frekvenssien avulla pystytään laskemaan χ^2 -testisuure. Jos havaitut frekvenssit ovat yhtä suuria kuin odotetut frekvenssit, saa testisuure arvokseen nollan. Mitä suurempi testisuureen arvo on, sitä kauemmas jakauman reuna-alueelle se joutuu ja sitä epätodennäköisempää on, että näin suuri testisuureen arvo tulisi, jos muuttujien välillä ei olisi riippuvuutta. Testisuureen ja ns. vapausasteen perusteella tilastollinen ohjelma laskee merkitsevyystason (Sig./p-arvo), joka kertoo tutkijalle, johtuuko riippuvuus sattumasta. Vapausaste lasketaan rivi- ja sarakemuuttujien eri arvojen lukumäärien perusteella. (Metsämuuronen 2011, 359–360; Heikkilä 2014, 198–201.)

Jotta Khiin neliö -testiä voidaan käyttää, korkeintaan 20 prosenttia odotetuista frekvensseistä saa olla pienempiä kuin viisi ja lisäksi jokaisen odotetun frekvenssin on

oltava suurempi kuin 1. Jos nämä edellytykset eivät ole voimassa, niin testi johtaa helposti nollahypoteesin hylkäämiseen ja virheellisen johtopäätöksen tekemiseen. Tällöin on järkevää yhdistää alkuperäisiä luokkia tai jättää kokonaan pois ne luokat, joissa frekvenssi on liian pieni. (Heikkilä 2014, 201.)

Selittävän ja selittävän muuttujan välillä voi olla yhteys, jonka merkitsevyystaso todetaan Khiin neliö -testillä. Merkitsevyystaso ei kuitenkaan välttämättä kerro siitä, kuinka voimakasta riippuvuus on. Hyvin pienikään Sig.-arvo ei takaa voimakasta riippuvuutta. Riippuvuuden voimakkuutta voidaan tutkia kontingenssikertoimen avulla. Kerroin on aina nollan ja yhden välillä ja mitä suurempi kerroin on, sitä voimakkaammin muuttujat riippuvat toisistaan. Toisaalta kertoimen arvo riippuu myös luokkien lukumäärästä, joten se ei ole vertailukelpoinen eri taulukoiden välillä. (Heikkilä 2014, 207.)

Tässä tutkielmassa kaikkiin kolmeen tutkimuskysymykseen vastaamisessa on käytetty ristiintaulukointia. Aikaisemmista tutkimuksista esiin nousseiden taustatekijöiden yhteyttä yksinäisyyteen on tutkittu ristiintaulukoimalla kahta muuttujaa kerrallaan. Tulosten pätemistä koko perusjoukossa on selvitetty χ^2 -riippumattomuustestin avulla huolehtien aina, että testin käytön edellytykset ovat voimassa. Samalla tavalla terveysterveyspalvelun käyttökokemusta on ristiintaulukoitu eri taustatekijöiden kanssa. Kolmannen tutkimuskysymyksen osalta yksinäisyyden yhteyttä terveysterveyspalveluiden käyttökokemukseen on myös tutkittu ristiintaulukoinnilla.

Joissakin muuttujissa oli hyvin vähän vastauksia mittarien ääripäissä, joten muuttujia on uudelleen luokiteltu, jotta Khiin neliö -testin edellytykset täyttyvät. Muuttujan uudelleen luokittelussa muuttujan alkuperäisen frekvenssijakauman perusteella päätetään uudet luokkarajat (Heikkilä 2014, 129). Usein ensimmäiseen ja viimeiseen luokkaan joudutaan ottamaan pidempi luokkaväli, jotta mukaan ei tule tyhjiä luokkia. Frekvenssijakauma on sopiva, jos se muistuttaa normaalijakaumaa, jossa reunaluokissa frekvenssit ovat pienemmät kuin keskimmaisissa luokissa. Aina normaalisti jakautunutta frekvenssiä ei kuitenkaan saavuteta edes muuttujan uudelleen luokittelulla. (Emt.)

6.3.2 Regressioanalyysi ja logistinen regressio

Regressioanalyysillä voidaan tutkia joustavasti ja monipuolisesti muuttujien välisiä kausaalisuhteita (KvantiMOTV 2008). Muuttujaa, jota mallilla kuvataan, kutsutaan selitettäväksi muuttujaksi. Yksinäisyyden taustatekijöiden ja terveyspalvelun käyttökokemuksen tutkimiseen on analyysimenetelmistä käytetty regressioanalyysia, jossa etsitään parasta mahdollista selittävien muuttujien yhdistelmää, kun ennustetaan tai selitetään yhtä selitettävää muuttujaa.

Regressioanalyysissa edellytyksenä ovat välimatka- ja suhdeasteikolliset selitettävät muuttujat, mutta analyysi onnistuu myös järjestys- ja luokitteluasteikollisilla muuttujilla, jos niistä muodostetaan dummy-muuttujia. Dummy-muuttujaa muodostettaessa dikotominen muuttuja koodataan 0:lla ja 1:llä. Muista luokitteluasteikon tasoisista muuttujista muodostetaan dummy-muuttujia niin, että uusia 0:lla tai 1:llä koodattuja muuttujia tulee yhtä vähemmän kuin alkuperäisellä muuttujalla on eri arvoja. (Heikkilä 2014, 222.) Myös selittävät muuttujat ovat yleensä vähintään välimatka-asteikollisia. Luokittelu- ja järjestysasteikollisia muuttujia voidaan sisällyttää analyysiin, jos niistä tehdään dummy-muuttujia. (KvantiMOTV 2008.) Dummy-muuttujan muodostuksessa esimerkiksi siviilisäätyä kuvaavan muuttujan osalta luodaan uusi muuttuja ”Naimisissa”, joka saa arvona 0 = kyllä ja 1 = ei.

Jos tilastoaineistosta löytyy muuttujien välillä säännönmukaisuutta, on tilastollisten tutkimusmenetelmien avulla mahdollista tutkia, voidaanko säännönmukaisuutta kuvata jollakin tavalla. Aineistoa kuvaavan hajontakaavion avulla voidaan saada jonkinlainen arvio siitä, millainen malli pistejoukkoon parhaiten sopii. Toisin sanoen tavoitteena on löytää sellainen malli, joka parhaiten kuvaa saatua pistejoukkoa. Jos pistejoukkoon voidaan sovittaa hyvin suora, voidaan muuttujien välistä yhteyttä kuvata lineaarisella mallilla eli pienimmän neliösumman regressiosuoralla. Regressiomalleja voidaan muodostaa monella tapaa, mutta yleisin malli on regressiosuora. Kahden muuttujan välistä lineaarista yhteyttä mallintava regressiosuora on matemaattisesti helpoin määrittää ja monikäyttöinen, koska useat luonnon, ihmismielen ja talouden ilmiöt ovat mallinnettavissa melko tarkasti lineaarisen mallin avulla. (Heikkilä 2014, 222–223; Nummenmaa 2017, 237–238.)

Yksinkertaisimmassa lineaarisessa mallissa ilmiötä kuvataan yhden selittävän muuttujan avulla, mutta selittäviä muuttujia voi olla kuitenkin useita eikä malli ole välttämättä lineaarinen (Heikkilä 2014, 235). Lineaarisessa regressioanalyysissä selitettävän muuttujan arvot voivat vaihdella paljonkin, mutta tavallinen regressioanalyysi ei ole käyttökelpoinen, jos selitettävän muuttujan arvot rajoittuvat vain kahteen vaihtoehtoon. Logistinen regressioanalyysi on paljon käytetty regressioanalyysin erityistyyppi ja sitä käytetään silloin, kun selitettävä muuttuja voi saada vain kaksi eri arvoa. Tällöin voidaan esimerkiksi pyrkiä selittämään sitä, mitkä tekijät vaikuttavat siihen, onko vastaajalla lapsia vai ei ole. (KvantiMOTV 2009).

Regressiomallien tehokkuus perustuu siihen, että niillä voidaan ennustaa sellaisia tapahtumia, joita on sekä alkuperäisessä aineistossa, että joita voisi tulevaisuudessa sattua (Nummenmaa ym. 2017, 242). Logistinen regressioanalyysi pyrkii ennustamaan määrien sijasta todennäköisyyksiä. Toisin sanoen tarkoituksena on selvittää, millä todennäköisyydellä tarkasteltavana oleva asia tapahtuu tai pätee. Analyysin tulokset kertovat, vaikuttavatko selittävät muuttujat tapahtuman todennäköisyyteen ja miten suuri mahdollinen vaikutus on. Esimerkiksi äänestystutkimuksen tulokset voisivat kertoa, että iän kasvaessa todennäköisyys äänestämiseksi suurenee. (KvantiMOTV 2009).

Logistisen regressioanalyysin yhteydessä riskiluvulla on suuri merkitys. Riski eli *odds* saadaan suhteuttamalla tapahtuman todennäköisyys siihen todennäköisyyteen, että se ei tapahdu. Jos jonkun tapahtuman todennäköisyys on 0,70 ja vastaavasti vastatapahtuman todennäköisyys on 0,3 ($=1-0,7$), niin riskiluku saadaan jakolaskulla $0,7/0,3=2,33$. Riski tapahtuman tapahtumiselle on siis 2,33. (KvantiMOTV 2009).

Logistisen regressiomallin kertoimien tulkinta eroaa tavallisen regressiomallin kertoimien tulkinnasta. Tavallisessa regressiomallissa yhden yksikön muutos selittävässä muuttujassa aiheuttaa aina samansuuruisen muutoksen myös selitettävässä muuttujassa. Logistisessa regressioanalyysissä selitettävän muuttujan todennäköisyyden muutos riippuu regressiokertoimen lisäksi selittävän muuttujan arvosta, mikä hankaloittaa tulkintaa. (KvantiMOTV 2009.) Tilastolliset ohjelmat laskevat muuttujille regressiokertoimet, joiden tulkinta on helpointa ristitulosuhte eli *odds ratio* – käsitteen avulla. Ristitulosuhte osoittaa kutakin muuttujaa vastaavan riskin muutoksen. Kun yksittäisen havainnon jonkun muuttujan arvo lisääntyy yhdellä yksiköllä, niin kyseisen

havainnon uusi riski saadaan kertomalla alkuperäinen riski vastaavalla riskilukukertoimella. Jos esimerkiksi muuttujan ikä ristitulosuhde on 1,023 ja ikä lisääntyy yhdellä vuodella, niin tapahtuman uusi riski saadaan vanhasta riskistä kertomalla vanha riski luvulla 1,023. Riski tapahtuman tapahtumiselle kasvaa siis 2,3 prosenttia, kun ikävuosi lisääntyy yhdellä. (KvantiMOTV 2014.)

Tilastollisista ohjelmista ainakin SPSS tulostaa logistisen regressionalyysin yhteydessä luokittelutaulun (*classification table*), jonka avulla voidaan arvioida mallin hyvyttä eli oikein luokiteltujen havaintojen määrää. Malli antaa ennusteen P, jonka avulla kukin havainto voidaan luokitella kahteen eri ryhmään. Kun $P < 0,5$, niin havainto ennustetaan kuuluvaksi ryhmään 0 ja vastaavasti kun $P > 0,5$, niin havainto ennustetaan kuuluvaksi ryhmään 1. Näitä ennustuksia verrataan todellisuuteen ja sitä kautta saadaan tietää, kuin suuri osa havainnoista ennustettiin oikein. (KvantiMOTV 2014.)

Tässä tutkielmassa käytän logistista regressioanalyysia tutkiessani yksinäisyyden taustatekijöiden yhteyttä yksinäisyyteen sekä terveystalouden käyttökokemuksen. Analyysia varten selittävistä muuttujista on pitänyt luoda uusia dummy-muuttujia. Selittäviä muuttujia yksinäisyyden kokemiselle ovat ystävien määrä, asumisessa, taloudellinen tilanne ja arvio omasta terveydestä. Terveystalouden käyttökokemusta tutkittaessa logistisessa regressiomallissa selittäviä muuttujia ovat yksinäisyyden kokeminen, asumisessa, taloudellinen tilanne ja arvio omasta terveydestä.

7 Yksinäiset ikääntyneet ja eri taustatekijöiden yhteys yksinäisyyteen

Yksinäisyyttä tutkitaan aineistossa kahden eri muuttujan avulla. Toinen muuttuja kertoo, kuinka usein vastaaja tuntee itsensä yksinäiseksi ja toinen puolestaan sen, kuinka monta ystävää vastaajalla on. Taulukossa 5 on kuvattu yksinäisyyden tunteen jakauma sukupuolen kanssa ristiintaulukoituna. Erot sukupuolten välisissä vastauksissa olivat pieniä eivätkä ne ole tilastollisesti merkitseviä. Aineistossa yksinäisyyttä tuntevia oli vähemmän kuin esimerkiksi Routasalon (2003, 5) tutkimuksessa, jossa toisinaan yksinäisyydestä kärsi 34 prosenttia vastanneista ja jatkuvasti 5 prosenttia vastanneista. On kuitenkin huomattava, että kysymyksenasettelulla on merkitystä. Yksinäisyyden

tunteminen tai yksinäisyydestä kärsiminen voi olla joillekin ihmisille eri asia kuin tuntea itsensä yksinäiseksi.

Taulukko 5 ”Tunnetteko itsenne yksinäiseksi?” muuttujan jakauma sukupuolittain

Tuntee yksinäiseksi	Mies % (n=253)	Nainen % (n=336)	Molemmat % (n= 589)
Ei koskaan	43	39	41
Harvoin	41	43	42
Silloin tällöin	15	15	15
Usein	1	2	2
Jatkuvasti	0	1	0
Yhteensä	100	100	100

Taulukossa 6 on esitelty ystävien lukumäärän jakauma sukupuolen kanssa ristiintaulukoituna. Myöskään ystävien määrässä ei ole sukupuolten välillä merkitseviä eroja. Vastaajia, joilla ei ole kuin 0-1 ystävää, on todella vähän, mikä on aineiston osalta yhtenevä sen kanssa, että myös yksinäisyyttä tunnettiin aineistossa vähemmän kuin aikaisemmissa tutkimuksissa. Yksinäisyyden tunne ei kuitenkaan välttämättä ole yhteydessä ystävien määrään erityisesti ikääntyneillä (Routasalo 2003, 31), joilla ystäväpiirin kaventuminen koetaan luonnollisena osana elämän kiertokulkua (Tiilikainen 2016, 178-180). Tämän takia tässä tutkielmassa hyödynnetään yksinäisyyden tarkastelussa ainoastaan muuttujaa, joka kertoo vastaajan subjektiivisen kokemuksen siitä, tuntee hän itsensä yksinäiseksi.

Taulukko 6 ”Kuinka monta ystävää Teillä on?” muuttujan jakauma sukupuolittain

Kuinka monta ystävää	Mies % (n=250)	Nainen % (n=336)	Molemmat % (n=586)
ei yhtään	2	1	1
1	4	3	3
2-5	53	57	56
6-10	23	24	24
yli 10	18	15	16
Yhteensä	100	100	100

Yksinäisyyden tunteeseen liittyvä muuttuja on analyysissa luokiteltu uudelleen, koska itsensä yksinäiseksi usein tai jatkuvasti tuntevia oli vähän. Uudelleen luokittelussa

päädyin lopulta kahteen luokkaan (kokee yksinäisyyttä / ei koe yksinäisyyttä), koska kolmella luokalla (kokee yksinäisyyttä / kokee yksinäisyyttä silloin tällöin / ei koe yksinäisyyttä) luokassa ”kokee yksinäisyyttä” vastausten määrä olisi ollut vain 14. Yhteensä vastauksia oli kuitenkin 589. Uudelleen luokitellussa muuttujassa ”Kokeeko yksinäisyyttä” ne vastaajat, jotka olivat kertoneet tuntevansa itsensä yksinäiseksi jatkuvasti, usein tai silloin tällöin, on sijoitettu luokkaan ”Kokee yksinäisyyttä”. Taulukossa 7 on esitelty uuden luokitellun yksinäisyysmuuttujan jakauma ristiintaulukoituna sukupuolen kanssa. Sukupuolten välillä ei ole vastauksissa juurikaan eroja niin kuin ei ollut alkuperäisessä luokittelussa.

Taulukko 7 Yksinäisyyden kokeminen (uudelleen luokiteltu muuttuja)

Kokeeko yksinäisyyttä	Mies % (n=253)	Nainen % (n=336)	Molemmat % n=589
Ei koe yksinäisyyttä	83.8	82.1	82.9
Kokee yksinäisyyttä	16.2	17.9	17.1
Yhteensä	100.0	100.0	100.0

7.1 Puolison kanssa asuminen vähentää yksinäisyyden todennäköisyyttä

Tämän tutkielman aineistossa yksin asuvalla ikääntyneellä on aikaisempien tutkimusten (Routasalo 2003, Tiilikainen 2016a) tavoin suurempi todennäköisyys tuntea itsensä yksinäiseksi (taulukko 8). Yksin asuvista 34 prosenttia koki yksinäisyyttä, kun vastaava luku puolisonsa kanssa asuvien keskuudessa oli vain 12 prosenttia. Puolison kanssa asuminen vähentää todennäköisyyttä yksinäisyyden kokemiselle, sillä myös 26 prosenttia omien lasten ja muiden ihmisten kanssa asuvista raportoivat yksinäisyyden tunteesta. Nämä erot yksinäisyyden kokemuksessa eri asumistapojen välillä ovat tilastollisesti erittäin merkitseviä ($p = 0.000$). Asumisseuramuuttujaa on luokiteltu alkuperäisestä muuttujasta niin, että omien lasten kanssa asuvat ja muiden kanssa asuvat on yhdistetty yhdeksi luokaksi.

Taulukko 8 Yksinäisyyden kokeminen eri asumismuodoissa

Kenen kanssa asuu	Ei koe yksinäisyyttä %	Kokee yksinäisyyttä %	Yhteensä %
Yksin (n=133)	66	34	100
Kaksin puolison kanssa (n=425)	88	12	100
Lasten tai muiden kanssa (n=27)	74	26	100
Kaikki (n=585)	83	17	100
$\chi^2 = 36.769$ df = 2 p = 0.000 ***			

Tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys (p = 0.000) löytyy myös siviilisäädyn ja yksinäisyyden kokemuksen väliltä (taulukko 9). Avio- tai avoliitossa elävistä vain 12 prosenttia koki yksinäisyyttä, kun muissa ryhmissä vastaava osuus oli noin 35 prosenttia. Tämä on yhdenmukainen tulos sekä asumisseuran että aikaisempien tutkimusten kanssa. Esimerkiksi Tiilikainen (2016a) ja Routasalo (2003) nostavat leskeytymisen ja yksin asumisen ikääntyneiden yksinäisyyden taustalla merkittäviksi tekijöiksi.

Taulukko 9 Yksinäisyyden kokeminen eri siviilisäädissä

Siviilisäätty	Ei koe yksinäisyyttä %	Kokee yksinäisyyttä %	Yhteensä %
Avio- tai avoliitossa (n=438)	88	12	100
Eronnut tai asumuserossa (n=71)	66	34	100
Leski (n=50)	66	34	100
Naimaton (n=25)	64	36	100
Kaikki (n=584)	83	17	100
$\chi^2 = 39.176$ df = 3 p = 0.000 ***			

Poiketen Routasalon (2003) tutkimuksesta asumispaikalla ei ollut tässä aineistossa tilastollisesti merkitsevää yhteyttä yksinäisyyden kokemukseen. Yksinäisyyttä koettiin aika tasaisesti niin kaupunkikeskustassa (19 %), esikaupunkialueella (17 %), maaseututaajamassa (13 %) kuin haja-asutusalueellakin (20 %).

Tässä tutkimuksessa ei löytynyt tilastollisesti merkitsevää eroa yksinäisyyden kokemisen ja ammatillisen peruskoulutuksen välillä. Kaikissa ryhmissä (ei ammatillista tutkintoa / ammattikoulu / opisto- tai ammattikorkeakoulu / korkeakoulu) yksinäisyyttä koki noin viidennes. Kahdessa korkeammin koulutetussa ryhmässä yksinäisyyttä kokevien osuudet olivat muutaman prosenttiyksikön pienemmät kuin kahdessa vähemmän koulutetussa ryhmässä. Ero ei kuitenkaan ole tilastollisesti merkitseviä.

7.2 Heikko terveydentila kasvattaa yksinäisyyden todennäköisyyttä

Tutkimusaineiston pohjalla olevassa kyselyssä vastaajien arviota omasta terveydentilasta kysyttiin kolmella eri kysymyksellä. Ensimmäiseksi kysyttiin vastaajan omaa arviota hänen terveydentilastaan. Vastausvaihtoehdot olivat viisiportaisella järjestysasteikolla ”hyvä”, ”melko” ”hyvä”, ”keskitasoinen”, ”melko huono” ja ”huono”. Vastaavasti viisiportaisella Likertin asteikolla vastaajia pyydettiin vertaamaan nykyistä terveydentilaa vuoden takaiseen ja kertoa, onko terveys parempi, jonkin verran parempi, suunnilleen samanlainen, jonkun verran huonompi vai huonompi kuin vuosi sitten. Kolmantena tutkimukseen osallistuneilta kysyttiin suoralla kysymyksellä, että uskovatko he terveytensä heikkenevän seuraavan vuoden aikana. Vastausvaihtoehtoina olivat ”kyllä”, ”ei” ja ”en osaa sanoa”.

Tutkimuksen aineistossa subjektiivisesti koetulla terveydentilalla ja yksinäisyyden kokemuksella (taulukko 10) on tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys ($p = 0.000$). Niistä ikääntyneistä, jotka kokivat terveydentilansa hyväksi, vain kahdeksan prosenttia koki yksinäisyyttä. Vastaava osuus oli 46 prosenttia niistä, jotka arvioivat oman terveytensä melko huonoksi tai huonoksi. Analyysissa itse arvioitu terveys -muuttuja luokiteltiin uudelleen niin, että kaksi luokkaa (melko huono ja huono) yhdistettiin yhdeksi luokaksi.

Taulukko 10 Yksinäisyyden kokeminen suhteessa itse arvioituun terveyteen

Itse arvioitu terveys	Ei koe yksinäisyyttä %	Kokee yksinäisyyttä %	Yhteensä %
Hyvä (n=159)	92	8	100
Melko hyvä (n=240)	85	15	100
Keskitasoinen (n=159)	77	23	100
Melko huono tai huono (n=28)	54	46	100
Kaikki (n=586)	83	17	100
$\chi^2 = 30.722$ df = 3 p = 0.000 ***			

Yksinäisyydellä oli yhteys myös siihen, miten vastaaja koki terveydentilansa muuttuneen viimeisen vuoden aikana (taulukko 11). Niistä vastaajista, jotka kokivat terveydentilansa parantuneen, vain viisi prosenttia koki yksinäisyyttä. Sen sijaan niistä, joiden terveys oli heidän mielestään heikentynyt viimeisen vuoden aikana, lähes kolmasosa koki myös yksinäisyyttä. Ero on tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p = 0.001$).

Taulukko 11 Arvioitu terveydentilan muutos suhteessa vuoden takaiseen

Terveydentila verrattuna vuoden takaiseen	Ei koe yksinäisyyttä %	Kokee yksinäisyyttä %	Yhteensä %
Parempi (n=43)	95	5	100
Samanlainen (n=461)	84	16	100
Huonompi (n=82)	71	29	100
Kaikki (n=586)	83	17	100
$\chi^2 = 13.399$ df = 2 p = 0.001 ***			

Yksinäiseksi itsensä kokevat näkevät myös tulevaisuuden terveydentilansa synkempänä kuin ne, jotka eivät koe yksinäisyyttä. Yksinäisyyttä kokevista 15 prosenttia uskoi, että terveydentila heikentyy seuraavan vuoden aikana, kun verrokkiryhmässä vastaava osuus oli vain viisi prosenttia. Ero on tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p = 0.000$).

7.3 Pienituloisuus kaksinkertaistaa riskin yksinäisyyden kokemiselle

Tutkielman aineistossa ikääntyneen sosioekonomista asemaa tutkittiin taloudellisen tilanteen osalta kahden eri muuttujan avulla. Toisessa vastaaja arvioi subjektiivisesti

omaa taloudellista tilannettaan (taulukko 12) ja toisessa he arvioivat, miten heidän rahansa riittävät (taulukko 13). Molemmissa muuttujissa vastausvaihtoehtona oli viisiportainen järjestysasteikko, mutta rahojen riittävyyden muuttuja on luokiteltu ristiintaulukointia varten uudelleen. Kummassakaan muuttujassa sukupuolten välillä vastaukset olivat hyvin samanlaisia eikä tilastollisesti merkitseviä eroja ollut.

Asteikon ääripäihin eli varakkaiksi ja köyhiksi itsensä luokittelevia oli todella vähän. Vajaa puolet vastaajista luokitteli itsensä pienituloiseksi ja joka kolmas ikääntynyt kokee, että hänen rahansa riittävät menoihin niukasti tai huonosti. Näin siitäkin huolimatta, että monet ikääntyneet arvioivat omaa taloudellista tilannettaan suhteessa juuri menoihinsa ja päätyvät sitä kautta usein arvioimaan tilannettaan yllättävänkin positiivisesti (Kautto ym. 2009, 295-296). Tulokset ovat samansuuntaisia esimerkiksi Van Aerschotin & Valokiven (2012, 256) tutkimuksen kanssa. Heidän aineistossaan pari prosenttia vastaajista valitsi toimeentuloa koskevan kysymyksen kohdalla vastaukseksi, että ”rahat eivät riitä välttämättömään kulutukseen” ja kolmanneksella vastaajista rahat riittivät juuri ja juuri. Vajaalla puolella rahat riittivät sopivasti ja noin 10 prosentilla rahaa jäi säästöönkin.

Taulukko 12 Itse arvioidun taloudellisen tilanteen jakauma sukupuolittain

Taloudellinen tilanne	Mies % (n=252)	Nainen % (n=336)	Molemmat (n=588)
Varakas	2	1	1
Hyvin toimeen tuleva	14	13	14
Keskituloinen	37	36	36
Pienituloinen	42	47	45
Köyhä	5	3	4
Yhteensä	100	100	100
$\chi^2 = 2.722 \quad df = 4 \quad p = 0.605$			

Muuttuja ”Rahojen riittävyys” on uudelleen luokiteltu, ja alkuperäiset viisi luokkaa on yhdistetty kahdeksi luokaksi (rahat riittävät hyvin / rahat riittävät niukasti tai huonosti).

Taulukko 13 Kokemus rahojen riittävyydestä sukupuolittain

Miten rahat riittävät?	Mies % (n=251)	Nainen % (n=337)	Molemmat % (n=558)
Hyvin	65	68	67
Niukasti tai huonosti	35	32	33
Yhteensä	100	100	100
$\chi^2 = 0.890$ df = 1 p = 0.346			

Aineiston perusteella pienituloiset tai köyhät kokevat yksinäisyyttä yli kaksi kertaa todennäköisemmin kuin hyvin toimeentulevat tai keskituloiset (taulukko 14). Hyvin toimeentulevista yksinäisyyden kokemuksesta raportoi joka kymmenes, kun pienituloisista tai köyhistä yksinäisyyttä kokee enemmän kuin joka viides. Ero on tilastollisesti merkitsevä ($p = 0.002$). On tärkeää huomata, että keskituloiset eivät koe yksinäisyyttä juurikaan hyvin toimeen tulevia enemmän. Yksinäisyys lisääntyy merkittävästi vasta kahdessa pienimmässä varallisuusluokassa.

Taulukko 14 Yksinäisyyden kokeminen eri varallisuusluokissa

Taloudellinen tilanne	Ei koe yksinäisyyttä %	Kokee yksinäisyyttä %	Yhteensä %
Hyvin toimeen tuleva (n=89)	90	10	100
Keskituloinen (n=212)	87	13	100
Pienituloinen tai köyhä (n=285)	77	23	100
Kaikki (n=486)	83	17	100
$\chi^2 = 12.377$ df = 2 p = 0.002 **			

Tulos oli hyvin samanlainen, kun tarkastellaan arviota rahojen riittävyydestä suhteessa yksinäisyyteen. Ne vastaajat, jotka kokevat rahojensa riittävän niukasti tai huonosti, kokevat myös yli kaksi kertaa todennäköisemmin yksinäisyyttä kuin ne, jotka kokevat rahojensa riittävän hyvin. Ensin mainitussa ryhmässä yksinäisyyttä koki 27 prosenttia, kun taas jälkimmäisessä vastaava luku oli 12 prosenttia. Ero näiden ryhmien välillä on tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p = 0.000$).

Sosioekonomisesta asemasta puhuttaessa merkitystä on usein myös koulutuksella ja ammattiasemalla. Kyselylomakkeessa taustatietona kysyttiin vastaajan peruskoulutusta

(kansakoulu/keskikoulu/ylioppilas) sekä ammatillista peruskoulutusta (ammattikoulu/opisto- tai ammattikorkeakoulu/korkeakoulututkinto/ei ammatillista tutkintoa). Näillä kummallakaan koulutustasoon liittyvällä muuttujalla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä yksinäisyyden kokemiseen, vaikka aineistossa näkyi, että korkeammin koulutetut kokivat jonkin verran vähemmän yksinäisyyttä matalammin koulutettuihin verrattuna.

7.4 Läheisten läsnäolon puute selittää yksinäisyyttä taloudellista pääomaa paremmin

Kaikilla aikaisemmasta kirjallisuudesta esiin nousseilla taustatekijöillä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys yksinäisyyden kokemuksen kanssa. Näille taustatekijöille ja sukupuolelle taustamuuttujana tehtiin logistinen regressioanalyysi niin, että selitettävänä muuttujana oli yksinäisyyden kokeminen (kokee/ei koe yksinäisyyttä). Analyysia varten uudelleen luokitelluille ystävien määrää ja asumisseuraa kuvaaville muuttujille piti tehdä uudelleenkoodausta, jotta muuttujan suunta saatiin vaihdettua. Pienet arvot vaihdettiin suuriksi ja suuret pieniksi. Lisäksi kaikista yksinäisyyden taustatekijöitä kuvaavista muuttujista piti muodostaa dummy-muuttujia, jotta niitä ylipäänsä voitiin käyttää logistisessa regressioanalyysissä. Taloudellista tilannetta kuvaavista muuttujista vain toinen otettiin mukaan analyysiin, koska selittävät muuttujat eivät saa usean selittäjän regressioanalyysissä korreloida keskenään (Heikkilä 2014, 235). Taloudellista tilannetta kuvaavaksi muuttujaksi valittiin vastaajan arvio omasta taloudellisesta tilanteesta, koska rahojen riittävytyteen liittyy myös kysymys ikääntyneen kulutustottumuksista. Paljonkin rahaa saava voi kokea, että rahat eivät siltikään riitä kaikkeen haluttuun. Regressioanalyysin tulokset on esitelty taulukossa 15. Positiiviset regressiokertoimet lisäävät yksinäisyyttä: esimerkiksi jos vastaajaa on vastannut, että hänellä ei ole useampaa ystävää, niin sitä todennäköisemmin hän kokee yksinäisyyttä.

Taulukko 15 Logistinen regressioanalyysi, jossa selitettävä muuttuja on yksinäisyyden kokeminen

Logistinen regressioanalyysi: selitettävä muuttuja yksinäisyyden kokeminen ei koe yksinäisyyttä = 0, kokee yksinäisyyttä = 1			
n = 255	Regressiokerroin	Sig.	Ristitulosuhde
Taustamuuttuja			
Sukupuoli (mies = 0, nainen = 1)	0.012	0.977	1.012
Selittävät muuttujat			
Useampia ystäviä (kyllä = 0, ei = 1)	1.502	0.003	4.490
Hyvä- tai keskituloinen (kyllä = 0, ei = 1)	0.070	0.864	1.073
Asuu puolison kanssa (kyllä = 0, ei = 1)	1.253	0.002	3.501
Arvio omasta terveydestä (hyvä = 0, keskitasoinen tai huono = 1)	0.483	0.238	1.620
Luokittelutaulu			
	<i>Ennustettu:</i> Ei koe yksinäisyyttä	<i>Ennustettu:</i> Kokee yksinäisyyttä	Oikein ennustettu %
<i>Havaittu:</i> Ei koe yksinäisyyttä	217	3	99%
<i>Havaittu:</i> Kokee yksinäisyyttä	31	4	11%
Yhteensä			87%

Selittävästä muuttujista tilastollisesti merkitseviä muuttujia ovat puolison kanssa asuminen ja useamman ystävän olemassaolo. Useamman ystävän olemassaoloa kuvaavalla muuttujalla on suurin regressiokerroin 1,502 ja sen ristitulosuhde on 4,490. Ristitulosuhteesta saadaan uusi riski kertomalla vanha riski ristitulosuhteen kertoimella. Tämä tarkoittaa tässä tapauksessa riskin yli nelinkertaistumista, jos vastaaja on kertonut, että hänellä ei ole useampia ystäviä. Lähes samanlainen vaikutus on puolison kanssa asumista kuvaavalla muuttujalla. Jos ikääntynyt ei asu puolison kanssa yhdessä, niin riski yksinäisyyden kokemiselle tulee 3,5-kertaiseksi.

Mallin hyvyttä eli oikein luokiteltujen havaintojen määrää arvioidaan luokittelutaulussa. Kokonaisuudessaan malli ennusti oikein 87 prosenttia havainnoista, mutta suurin osa oikeista havainnoista löytyy ryhmästä ”Ei koe yksinäisyyttä”. Sen sijaan niistä havaintoyksiköistä, joissa on koettu yksinäisyyttä, mallin onnistui ennustaa oikein vain 11 prosenttia havainnoista. Malli antaa kuitenkin lisätietoa yksinäisyyden

taustatekijöistä, mikä on yhteiskuntatieteissä kiinnostavampaa kuin itse mallin ennustuskyky. Mallin mukaan näyttäisi siltä, että läheisten läsnäoloon liittyvät tekijät (ystävien määrä, puolison kanssa asuminen) olisivat merkityksellisempiä ikääntyneen yksinäisyyttä selittävistä taustatekijöistä kuin taloudellinen tilanne. Samansuuntaisia tuloksia ovat antaneet aikaisemmat yksinäisyyttä kokemuksena käsittelevät tutkimukset (Hauge & Kirkevold 2010, 1; Pettigrew & Roberts 2008, 307-308; Uotila 2011, 50-56). Näiden tutkimusten kokemuksissa toistuvasti puhutaan läheisiin ja omiin perheenjäseniin liittyvien kontaktien puutteesta, mutta taloudellisesta niukkuudesta puhutaan harvoin. Toisaalta tämän tutkimuksen aineistossa pienituloisista 23 prosenttia koki yksinäisyyttä, kun keskituloisista vastaava osuus oli 13 prosenttia ja hyvätuloisista vain 10 prosenttia. Jatkossa olisi tärkeää tutkia, johtuuko pienituloisuuden ja yksinäisyyden kokemisen tilastollisesti merkitsevä yhteys siitä, että yksin ilman puolisoa asuvat kokevat usein olevansa myös taloudellisesti tiukoilla yksin asumisen vuoksi.

8 Terveyspalveluiden käyttökokemus

8.1 Ikääntyneiden arvio omasta terveydestään

Tutkimusaineistossa terveyttä on arvioitu kahden alun perin viisiportaisen järjestysasteikollisen muuttujan sekä yhden suoran kysymyksen avulla. Järjestysasteikollisen muuttujan osalta analyysissa luokat ”huono” ja ”melko huono” on yhdistetty yhdeksi luokaksi vähäisten vastausmäärien vuoksi luokassa ”huono”. Myös suun alueen terveyden osalta muuttujia on tiivistetty analyysia varten.

Aineistossa reilu neljännes ikääntyneistä arvioi kokonaisterveytensä hyväksi (taulukko 16). Suurin osa arvioi terveytensä melko hyväksi. Melko huonoksi tai huonoksi terveytensä arvioi vain viisi prosenttia vastaajista. Tutkimus poikkeaa aikaisemmasta Sainion ym. (2013, 51) tekemästä tutkimuksesta, jossa vuonna 2011 peräti 45 prosenttia vastaajista arvioi terveytensä keskitasoiseksi tai huonommaksi. Sekin oli 20 prosenttiyksikköä pienempi osuus kuin 10 vuotta aikaisemmin (emt.). Tämän tutkimuksen tuloksessa on selkeä ero myös verrattuna tuoreeseen tilastotietoon suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista Tilastojen mukaan vuonna 2015 65 vuotta täyttäneistä 55 prosenttia ikääntyneistä koki terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi (Sotkanet Ikääntyminen), mikä on huomattavasti enemmän kuin tässä

tutkimuksessa. Tämän tutkimuksen aineistossa miesten ja naisten välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja itse arvioitun perusterveyden osalta.

Taulukko 16 Itse arvioitu terveys sukupuolittain

Itse arvioitu terveys	Mies % (n=254)	Nainen % (n=334)	Molemmat % (n=588)
Hyvä	25	29	27
Melko hyvä	44	39	41
Keskitasoinen	26	27	27
Melko huono tai huono	5	5	5
Yhteensä	100	100	100
$\chi^2 = 1.736$ df = 3 p = 0.629			

Suun alueen terveys arvioitiin selkeästi yleistä terveyttä paremmaksi. Naisista yli 95 ja miehistä lähes 90 prosenttia vastaajista arvioi suun alueen terveyden hyväksi tai keskitasoiseksi (taulukko 17). Sukupuolten välillä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ero suun ja hampaiden itsearvioitussa terveydessä. Naiset arvioivat suun alueen terveyden miehiä paremmaksi.

Taulukko 17 Itse arvioitu suun ja hampaiden terveys sukupuolittain

Suun ja hampaiden itsearvioitu terveys	Mies % (n=252)	Nainen % (n=333)	Molemmat % (n=585)
Hyvä	46	47	46
Keskitasoinen	42	49	46
Huono	12	4	8
Yhteensä	100	100	100
$\chi^2 = 14.999$ df = 2 p = 0.001 ***			

Vastaajista 14 prosenttia arvioi terveytensä muuttuneen huonommaksi siitä, mitä se oli vuosi sitten. Puolet vähemmän eli seitsemän prosenttia koki terveytensä parantuneen vuoden aikana. Naisten ja miesten välillä oli vain pieniä eroja vastauksissa eivätkä erot olleet tilastollisesti merkitseviä. Noin seitsemän prosenttia vastanneista puolestaan arvioi, että heidän terveytensä heikkenee seuraavan vuoden aikana. Toisaalta 61 prosenttia vastaajista ei osannut sanoa, miten tilanne kehittyy. Myöskään tässä muuttujassa miesten ja naisten välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja.

8.2 Terveyspalveluiden käyttäminen ja käyttökokemus

Tutkimusaineiston pohjana olevassa kyselyssä selvitettiin, mitä terveyspalvelua ikääntyneet tavallisesti käyttävät. Hieman vajaa neljä viidestä vastaajasta (n=509) sekä naisten että miesten osalta kertoi käyvänsä tavallisesti terveyskeskuslääkärillä. Yksityisten lääkäripalveluiden käytöstä raportoi 16 prosenttia miehistä ja 19 prosenttia naisista. Työterveyslääkärillä puolestaan kävi 4 prosenttia miehistä ja 3 prosenttia naisista. Nämä erot eri palveluiden käytön suhteen sukupuolten välillä eivät olet tilastollisesti merkitseviä. Käytetyn terveyspalvelun tyyppiä on havainnollistettu kuviossa 1.

Kuvio 1 Tavallisimmin käytetty lääkäripalvelu



Tavallisesti käytetyn lääkäripalvelun lisäksi kyselyssä selvitettiin, onko vastaaja koskaan käynyt yksityisen lääkärin vastaanotolla. Neljä viidestä vastaajasta (n=587) ilmoitti käyneensä ainakin joskus elämässään yksityisen lääkärin vastaanotolla. Miehistä käynnistä kertoi 86 prosenttia vastaajista ja naisista 92 prosenttia, mutta ero on vain melkein tilastollisesti merkitsevää ($p = 0.023 *$). Terveyskeskuspalveluiden osalta muuttujassa kysyttiin käynnistä terveyskeskuslääkärin vastaanotolla viimeisen vuoden aikana. 65 prosenttia vastaajista (n=582) ilmoitti käyneensä terveyskeskuslääkärin vastaanotolla. Miesten ja naisten vastauksissa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa.

Terveyspalvelun käyttökokemusta mitattiin yksityisen lääkäripalvelun osalta yhdellä suoralla kysymyksellä. Kysymyksessä kysyttiin, oliko hoidosta vastaajalle apua ja

vastausvaihtoehtoina oli ”Kyllä”, ”Ei” ja ”En osaa sanoa”. Kokemusta terveyskeskuslääkärin vastaanotosta kysyttiin vain niiltä vastaajilta, jotka olivat käyneet terveyskeskuksessa viimeisen vuoden aikana (65 prosenttia vastaajista). Heiltä kysyttiin dikotomisten eli vain kahta eri arvoa saavien muuttujien avulla, että pääsivätkö he hoitoon riittävän nopeasti, saivatko he tarvitsevansa avun ja oliko hoidosta heille apua. Vastausvaihdot kaikissa olivat ”Kyllä” tai ”Ei”.

Taulukossa 18 on vertailtu, miten vastaajat ovat kokeneet saaneensa apua hoidosta sekä julkisella että yksityisellä puolella. Sukupuolten välillä erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Huomionarvoista on, että reilusti yli neljä viidestä vastaajasta koki, että hoidosta oli heille apua riippumatta siitä, mikä taho hoitoa antoi. Julkisen terveyskeskuslääkärin osalta kysymys koski käyntiä viimeisen vuoden sisällä, kun vastaavaa rajausta yksityisen lääkäripalvelun osalta ei ollut. Toisaalta yksityisen lääkäripalvelun osalta oli mahdollista valita vaihtoehto en osaa sanoa, mikä tuo vastaajalle enemmän vaihtoehtoja siinä tapauksessa, jos hän koki, että hän ei voi vastata saaneensa hoidosta apua. Yksityisellä lääkäriellä käyneistä vain noin viisi prosenttia koki, ettei hoidosta ollut apua, kun vastaava osuus julkisella puolella käyneistä oli noin 15 prosenttia.

Taulukko 18 Avun saaminen julkisen terveydenhuollon lääkäriltä ja yksityiseltä lääkäriltä sukupuolittain

Oliko hoidosta apua?	Julkinen Mies % (n=166)	Yksityinen Mies % (n=210)	Julkinen Nainen % (n=220)	Yksityinen Nainen % (n=301)
Kyllä	86	82	85	86
Ei	14	5	15	4
Ei osaa sanoa		13		10

Taulukossa 19 on kuvattu kolme terveyskeskuslääkärikäynnin käyttökokemusta kuvaavaa dikotomista muuttujaa. Lähes 90 prosenttia vastanneista ovat tyytyväinen terveyskeskuslääkärin vastaanottokäyntiin kaikilla kolmella mittarilla. Miesten ja naisten vastauksissa oli vain pieniä eroja, jotka eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Terveyskeskuspalvelun käyttökokemusta on tutkittu myös aikaisemmin, mutta erilaisilla lähestymistavoilla ja erilaisilla mittareilla, joten tulokset eivät ole suoraan verrattavissa.

Kuitenkin tämän tutkimuksen tulokset eroavat selkeästi aikaisemmista tutkimuksista, joiden mukaan noin neljännes yli 60-vuotiasta lääkäripalveluita tarvinneista ei ollut saanut tai kokenut saavansa riittävästi lääkäripalveluita terveyskeskuksesta (Manderbacka ym. 2012, 7; Hannikainen, 2018). Riittävän hoidon osalta Noro ym. (2014, 243) kirjoittavat, että noin yksi neljästä suomalaisesta ikääntyneestä sukupuolesta riippumatta kokee, että he eivät ole saaneet riittävästi hoitoa sairauksiinsa. Tässä tutkimuksessa tyytyväisyys käyttökokemukseen on selkeästi yleisempää.

Taulukko 19 Terveyskeskuslääkärin vastaanottokäynnin käyttökokemus

Terveyskeskuspalvelun käyttökokemus	Kyllä %	Ei %	Yhteensä %
Pääsittkö hoitoon riittävän nopeasti? (n=406)	87	13	100
Saitteko tarvitsemaanne hoitoa? (n=394)	89	11	100
Oliko hoidosta teille apua? (n=386)	85	15	100

9 Yksinäinen terveyspalveluita arvioimassa

Kolmannessa tutkimuskysymyksessä tavoitteena oli selvittää, selittääkö yksinäisyys terveyspalvelun käyttökokemusta. Ristiintaulukoinnin perusteella koetulla yksinäisyydellä ei ole tilastollisesti merkitsevää yhteyttä siihen, saako ikääntynyt terveyskeskuslääkäriltä tarvitsemaansa hoitoa, oliko saadusta hoidosta apua ja pääsiko hän hoitoon riittävän nopeasti (taulukko 20). Yksityisen terveyspalvelun osalta arvioitiin sitä, oliko yksityisen lääkäriaseman lääkärin antamasta hoidosta heille apua. Tämän muuttujan kohdalla erot kahden eri vastaajaryhmän välillä olivat hyvin lähellä tilastollisesti melkein merkitsevää ollen tilastollisesti suuntaa antavia ($p = 0.062$).

Taulukko 20 Yksinäisyyden yhteys terveyspalvelun käyttökokemukseen

	Pääsiko hoitoon riittävän nopeasti? n = 405		Saiko tarvitsemaansa hoitoa? n = 393		Oliko hoidosta apua? (julkinen terveyspalvelu) n = 385		Oliko hoidosta apua? (yksityinen terveyspalvelu) n = 510	
	Kyllä %	Ei %	Kyllä %	Ei %	Kyllä %	Ei %	Kyllä %	Ei/eos%
Ei koe yksinäisyyttä	88	12	90	10	86	14	86	14
Kokee yksinäisyyttä	85	15	85	15	82	18	76	24
<i>P-arvo / Sig.</i>	<i>p = 0.55</i>		<i>p = 0.18</i>		<i>p = 0.36</i>		<i>p = 0.062</i>	

Aineistosta käy kuitenkin ilmi, että tutkimukseen osallistuneet vastaajat, jotka kokevat yksinäisyyttä, ovat verrokkiryhmäänsä useammin kokeneet, että he eivät päässeet hoitoon riittävän useasti, he eivät saaneet tarvitsemaansa hoitoa ja annetusta hoidosta ei ollut helle apua. Ryhmien välillä oli siis eroja, mutta ne eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Tässä tutkimuksessa yksinäisyyttä kokevia oli noin 17 prosenttia vastanneista, joten merkitsevyyteen vaikuttaa vastausten vähäisyys. Esimerkiksi 385 henkilöä arvioi sitä, oliko julkisesta terveystalvasta saadusta hoidosta heille apua. Näistä 385 vastaajasta 71 henkilöä kertoi kokevansa yksinäisyyttä. Tästä 71 vastaajan porukasta tarkalleen 18,3 prosenttia eli vain 13 vastaajaa kertoi, että hoidosta ei ollut heille apua. Tutkijana jään väkisinkin pohtimaan, olisiko tilastollisesti merkitseviä eroja noussut esiin, jos vastaajia kokonaisuudessaan olisi ollut enemmän, jolloin myös marginaaliryhmien tilastoyksikköjen määrä olisi ollut suurempi. Heikkilän (2014, 43) mukaan otoskooksi riittää 200-300, jos perusjoukossa on ryhmiä, joiden välisiin vertailuihin tutkimus keskittyy, mutta samaan aikaan jokaisessa ryhmässä tulisi olla ainakin 30 havaintoyksikköä. Tämä vaade 30 havaintoyksiköstä ei toteutunut näissä ristiintaulukoinneissa.

Käyttökokemusta neljän eri terveystalvasta käyttökokemusta kuvaavan muuttujan näkökulmasta tutkittiin logistisella regressioanalyysillä. Ristiintaulukoinnin perusteella oli oletettavaa, että yksinäisyys ei saa mallissa tilastollisesti merkitsevää yhteyttä käyttökokemukseen. Tämän johdosta oli kiinnostavaa selvittää, millä kaikilla yksinäisyyden taustatekijöillä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys terveystalvastaan liittyvään käyttökokemukseen. Kaikkien neljän selitettävän muuttujan osalta tehtiin logistiset regressiomallit, jotka löytyvät taulukosta 21.

Taulukko 21 Logistiset regressiomallit, joissa selitettävinä muuttujina ovat terveyspalvelun käyttökokemukseen liittyvät muuttujat ja selittäjinä yksinäisyyden kokemus taustatekijöineen

Terveyspalvelun käyttökokemuksen logistiset regressioanalyysit												
Selitettävä muuttuja	Oliko terveyskeskuslääkärin hoidosta apua? n=379 kyllä = 1, ei = 2			Saiko tarvitsemaansa hoitoa terveyskeskuslääkäriltä? n=386 kyllä = 1, ei = 2			Pääsikö terveyskeskuslääkärin hoitoon riittävän nopeasti? n=348 kyllä = 1, ei = 2			Oliko yksityislääkärin hoidosta apua? n=501 kyllä = 1, ei tai eos = 2		
	Regressio-kerroin	Sig.	Ristitulo-Suhde	Regressio-kerroin	Sig.	Ristitulo-suhde	Regressio-kerroin	Sig.	Ristitulo-suhde	Regressio-kerroin	Sig.	Ristitulo-suhde
Taustamuuttuja												
Sukupuoli (mies = 0, nainen = 1)	0.047	0.878	1.048	0.198	0.566	1.219	0.270	0.393	1.310	-0.311	0.216	0.733
Selittävät muuttujat												
Kokeeko yksinäisyyttä (ei = 0, kyllä = 1)	-0.021	0.957	0.980	0.094	0.822	1.098	0.148	0.710	1.159	0.452	0.140	1.571
Hyvä- tai keskituloinen (kyllä = 0, ei = 1)	0.681	0.036	1.977	0.492	0.172	1.636	0.582	0.073	1.790	0.563	0.032	1.756
Asuu puolison kanssa (kyllä = 0, ei = 1)	-0.223	0.529	0.800	0.202	0.588	1.224	-0.299	0.415	0.742	0.149	0.599	1.161
Arvio omasta terveydestä (hyvä = 0, keskitasoinen tai huono = 1)	1.073	0.001	2.925	0.744	0.034	2.104	0.186	0.565	1.205	0.199	0.458	1.220
Oikein ennustettu	85%			89%			87%			84%		

Regressiomalleissa selittävinä muuttujina tarkasteltiin alkuperäisistä muuttujista yksinäisyyden kokemista, taloudellista tilannetta, asumisuraa ja itse arvioitua terveyttä, jotka kuvaavat kaikki eri asioita. Nämä kaikki muuttujat yksinäisyyden kokemusta lukuun ottamatta muutettiin dummy-muuttujiksi analyysia varten. Lisäksi selitettävästä muuttujasta liittyen yksityisestä lääkäripalvelusta saatavaan apuun täytyi tehdä dummy-muuttuja. Vastausluokat ”Ei” ja ”En osaa sanoa” muutettiin yhdeksi luokaksi ”Ei tai eos”.

Kun selitettävänä muuttujana oli arvio siitä, oliko julkisen terveyskeskuslääkärin hoidosta apua, niin ainoa tilastollisesti merkitsevä nollasta poikkeava regressiokerroin löytyy arviolla omasta terveydestä ($p = 0.001$ ***). Regressiokertoimen ristitulosuhteesta (2,925) nähdään, että jos arvio omasta terveydestä on keskitasoinen tai huono, niin riski kokea olla saamatta apua terveydenhoidosta lähes kolminkertaistuu. Lisäksi vastaajan taloudelliselle tilanteelle analyysissa löytyi nollasta poikkeava regressiokerroin, mutta tämä yhteys oli vain tilastollisesti melkein merkitsevä ($p = 0.036$ *). Ristitulosuhteen mukaan riski sille, että vastaaja ei kokenut saavansa julkisen terveyskeskuslääkärin hoidosta apua, lähes tuplaantui, jos vastaaja ei ollut hyvä- tai keskituloinen.

Arviolla omasta terveydestä oli tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys silloin, kun vastaaja arvioi, saiko hän tarvitsemaansa hoitoa julkiselta terveyskeskuslääkäriltä ($p = 0.034$ *). Myös tässä tapauksessa riski sille, että vastaaja ei kokenut saavansa tarvitsemaansa hoitoa, noin kaksinkertaistui.

Yksityisen terveystalouden hoidon osalta selitettävälle muuttujalle ”oliko hoidosta apua” regressiomallissa löytyi yksi tilastollisesti melkein merkitsevä nollasta poikkeava regressiokerroin. Taloudellisesta tilannetta kuvaavan muuttujan regressiokerroin oli 0,563 ($p = 0.032$ *). Kertoimesta laskettu ristitulosuhde puolestaan on 1,756. Ristitulosuhteen perusteella voidaan sanoa, että pienituloisilla ja köyhillä riski olla kokematta avunsaamista yksityislääkärin antamasta hoidosta apua kasvaa yli puolitoistakertaiseksi.

Muuttujalle ”pääsiko hoitoon riittävän nopeasti” muodostettu logistinen regressiomalli ei tuottanut mitään tilastollisesti merkitsevää regressiokerrointa minkään taustamuuttujan osalta. Kuitenkin myös tämän selitettävän muuttujan osalta

taloudellisella tilanteella oli tilastollisesti suuntaa antava nollasta poikkeava regressiokerroin ($p = 0.073$).

10 Tulosten yhteenveto

Tässä tutkimuksessa tarkoituksena oli tutkia tilastollisten menetelmien avulla ikääntyneiden yksinäisyyttä ja siihen liittyviä taustatekijöitä aikaisemmin kerätyssä Vantterra-tutkimuksen aineistossa. Samaa aineistoa analysoimalla tarkoitus oli myös tutkia ikääntyneiden terveyspalveluiden käyttämistä sekä siihen liittyvää käyttökokemusta. Tutkimusta ennen oli asetettu hypoteesi, jonka mukaan yksinäisyydellä olisi yhteys siihen, miten ikääntynyt kokee saavansa apua ja hoitoa terveyspalvelusta. Tutkimuksen yhtenä tavoitteena oli selvittää, pitääkö tämä hypoteesi paikkansa.

Tämän tutkimuksen aineiston ikääntyneet ovat ns. suuria ikäluokkia ja ikääntyneen väestön nuorimpia edustajia. Alle joka viides ikääntynyt sekä miehissä että naisissa koki yksinäisyyttä. Puolison kanssa asuvat kokivat yksinäisyyttä selkeästi vähemmän (12 %), kun yksin asuvat (34%). Mielenkiintoinen huomio on, että nimenomaan puolison kanssa asuminen vähensi yksinäisyyden kokemista, sillä niistä, jotka asuivat lasten tai muiden kanssa, yksinäisyyttä koki myös reilu neljännes. Siviilisääty on yhteydessä asumismuotoon, joten ei ole yllättävä tulos, että avo- tai avioliitossa elävistä vain 12 prosenttia koki yksinäisyyttä. Sen sijaan kaikissa muissa vaihtoehtoissa (eronnut, leski, naimaton) yksinäisyyttä koki yli kolmannes vastaajista. Naimattomien osalta osuus oli vielä hieman suurempi (36 %) kuin eronneiden ja leskien kohdalla. Tämä havainto voi selittyä hyvin yksinäisyyden kietoutumisella osaksi elämänskulkua (Tiilikainen 2016a). Erot yksinäisyydessä eri ryhmien välillä olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä.

Ikääntyneen arviolla omasta terveydentilastaan on tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys kokemukseen yksinäisyydestä. Niistä ikääntyneistä, jotka kokivat terveydentilansa hyväksi tai melko hyväksi, vain kahdeksan prosenttia koki yksinäisyyttä. Vastaava osuus oli 46 prosenttia niistä, jotka arvioivat oman terveytensä melko huonoksi tai huonoksi. Yksinäisyyttä kokevilla oli myös pessimistisemmät näkemykset terveydentilansa viimeaikaisesta kehittymisestä. Seitsemän prosenttia vastaajista koki terveytensä parantuneen viimeisen vuoden aikana, mutta heistä 95

prosenttia ei kokenut yksinäisyyttä. Sen sijaan lähes kolmasosa niistä, jotka kokivat terveytensä huonontuneen kuluneen vuoden aikana (osuus 14 %), olivat kokeneet yksinäisyyttä. Yksinäisyyttä kokevat näkevät myös tulevaisuuden terveydentilansa synkempänä kuin ne, jotka eivät koe yksinäisyyttä. Yksinäisyyttä kokevista 15 prosenttia uskoi, että terveydentila heikentyy seuraavan vuoden aikana, kun yksinäisyyttä ei kokevien verrokkiryhmässä vastaava osuus oli vain viisi prosenttia.

Pienituloisissa ja köyhien ryhmässä yksinäisyyttä kokevien osuus on kaksinkertainen verrattuna ylempiin tuloluokkiin. Pienituloisista tai köyhistä yksinäisyyttä kokee useampi kuin joka viides. Samaan aikaan hyvin toimeentulevista yksinäisyyden kokemuksesta raportoi joka kymmenes. Lisäksi tärkeä huomio on, että keskituloiset eivät koe yksinäisyyttä juurikaan hyvin toimeen tulevia enemmän. Yksinäisyys lisääntyy merkittävästi vasta kahdessa pienimmässä varallisuusluokassa.

Aikaisempien tutkimusten perusteella ikääntyneiden yksinäisyyden taustalla on usein yksin asumista, pienituloisuutta tai köyhyyttä sekä huonontunutta terveyttä. Näillä kaikilla tekijöillä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys yksinäisyyden kokemukseen myös tässä tutkimuksessa. Yksinäisyyden taustekijöitä tutkittiin kuitenkin vielä lisää. Regressioanalyysissä tavoitteena on löytää paras mahdollinen selittävien muuttujien yhdistelmä, kun halutaan selittää selitettävän muuttujan vaihtelua. Yksinäisyyden taustatekijöistä (usean ystävän olemassaolo, hyvä- tai keskituloisuus, rahojen riittävyys, puolison kanssa asuminen ja arvio omasta terveydestä) muodostettiin dummy-muuttujia ja niistä tehtiin logistinen regressioanalyysi, jossa selitettävänä muuttujana oli yksinäisyyden kokeminen. SPSS ohjelma laski mallissa tarkastelluille selittäville muuttujille ristitulosuhdekertoimet, joiden perusteella useamman ystävän olemassaolon puute kasvatti yksinäisyyden kokemisen riskin yli nelinkertaiseksi. Samalla tavalla yksin ilman puolisoa asuminen kasvatti riskiä 3,5-kertaiseksi. Muilla muuttujilla, mukaan lukien sukupuoli taustamuuttujana, ei ollut tilastollisesti merkitseviä nollasta poikkeavia regressiokertoimia.

Muodostettua logistista regressiomallia ei kuitenkaan voida pitää kovin luotettavana, koska se ennusti oikein vain 11 prosenttia havainnoista, jotka kuuluivat ryhmään ”Kokee yksinäisyyttä”. Malli antaa kuitenkin lisätietoa yksinäisyyden taustatekijöistä. Mallin

mukaan näyttäisi siltä, että läheisten läsnäoloon liittyvät tekijät olisivat merkityksellisempiä ikääntyneen yksinäisyyttä selittävistä taustatekijöistä kuin taloudellinen tilanne. Samansuuntaisia tuloksia ovat antaneet aikaisemmat yksinäisyyttä kokemuksena käsittelevät tutkimukset (Hauge & Kirkevold 2010, 1; Pettigrew & Roberts 2008, 307-308; Uotila 2011, 50-56). Näiden tutkimusten kokemuksissa toistuvasti puhutaan läheisiin ja omiin perheenjäseniin liittyvien kontaktien puutteesta, mutta taloudellisesta niukkuudesta puhutaan harvoin. Toisaalta tämän tutkimuksen aineistossa pienituloisista 23 prosenttia koki yksinäisyyttä, kun keskituloisista vastaava osuus oli 13 prosenttia ja hyvätuloisista vain 10 prosenttia. Jatkossa olisi tärkeää tutkia, johtuuko pienituloisuuden ja yksinäisyyden kokemisen tilastollisesti merkitsevä yhteys siitä, että yksin ilman puolisoa asuvat kokevat usein olevansa myös taloudellisesti tiukoilla yksin asumisen vuoksi.

Lähes neljä viidestä ikääntyneestä käy tavallisesti terveyskeskuslääkärin vastaanotolla. Vastaavasti neljä viidestä vastaajasta ilmoitti käyneensä ainakin joskus elämässään yksityisen lääkärin vastaanotolla, mutta tavallisesti siellä käy noin 18 prosenttia ikääntyneistä. Yleisesti noin 85 prosenttia ikääntyneistä on sitä mieltä, että heille annetusta hoidosta on ollut apua riippumatta siitä, onko palvelu tuotettu julkisen vai yksityisen lääkärin toimesta. 65 prosenttia tutkimukseen osallistuneista ikääntyneistä oli käynyt terveyskeskuslääkärin vastaanotolla viimeisen vuoden aikana. He ovat aikaisemmin julkaistuihin tutkimuksiin nähden hyvin tyytyväisiä terveyskeskuspalvelun käyttökokemukseen, sillä lähes yhdeksän kymmenestä oli tyytyväinen jokaiseen arvioituun osa-alueeseen. He kertoivat päässeensä hoitoon riittävän nopeasti (87 %), saaneensa tarvitsemaansa hoitoa (89 %) sekä kokevansa, että hoidosta oli heille apua (85 %).

Tämän tutkimuksen tulokset eroavat merkittävästi aikaisemmista tutkimuksista, joissa sekä yksinäisten osuus ikääntyneiden keskuudessa on suurempi ja toisaalta terveyskeskuspalvelun käyttökokemus on arvioitu huonommaksi kuin tässä tutkimuksessa. Yksi mahdollinen syy voi olla se, että tutkittava ikäluokka on ikääntyneiden nuorimpia. He ovat vasta juuri äskettäin jääneet eläkkeelle ja monilla heistä on ympärillään vielä paljon läheisiä mukaan lukien puoliso, jonka kanssa se asuvat yhdessä. Toisaalta he saattavat hyvinkin olla vielä hyvässä fyysisessä kunnossa, jolloin monet vanhuusikään liittyvät sairaudet eivät heitä vielä vaivaa.

Aikaisempien tutkimusten perusteella yksinäiset ikääntyneet kuormittavat julkista terveydenhuoltoa, sillä yksinäisyys lisää terveyskeskuspalveluiden käyttöä (esim. Gerst-Emerson & Jayawardhana 2015, 1013; Hunter 2012, 153). Tutkimuksen alussa asetettiin hypoteesi, jonka mukaan yksinäisyys olisi merkitsevä tekijä, kun ikääntynyt arvioi, saiko hän tarvitsemaansa hoitoa ja apua terveyspalvelusta. Tämä hypoteesi ei pitänyt paikkaansa tutkimuksen aineistossa. Käyttökokemusta tutkittiin neljästä eri näkökulmasta. Julkisen terveydenhoidon osalta asiaa lähestyttiin kolmen eri muuttujan avulla: saiko vastaaja tarvitsemaansa hoitoa, oliko hoidosta hänelle apua ja pääsikö hän hoitoon riittävän nopeasti. Yksityisen terveydenhoidon osalta ainoa muuttuja kertoi, oliko hoidosta vastaajalle apua. Millään näistä muuttujista ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä yksinäisyyden kokemisen kanssa, kun analyysimenetelmänä käytettiin ristiintaulukointia. Terveyspalveluiden käyttökokemuksesta muodostettujen logististen regressiomallien perusteella itse arvioidulla terveydellä on tilastollisesti merkitsevää merkitystä, kun ikääntynyt arvioi, saiko hän julkisesta terveydenhuollosta tarvitsemaansa hoitoa ja oliko saadusta hoidosta hänelle apua. Myös huono taloudellinen tilanne kasvatti riskiä yli 1,5-kertaiseksi sille, että vastaaja ei kokenut saavansa julkisen terveyskeskuslääkärin tai yksityisen lääkärin antamasta hoidosta apua.

Tärkeää on kuitenkin huomata, että aineistossa yksinäisyyttä kokevat olivat kaikkien neljän muuttujan osalta ei yksinäisyyttä kokeviin verrattuna tyytymättömämpiä käyttökokemukseen. Tämä voi toki selittyä ihan sattumallakin, mutta saman asian tutkiminen laajemmasta aineistosta voisi tuoda esiin tilastollisesti merkitseviä tuloksia. Tässä aineistossa sekä tyytymättömyyttä että yksinäisyyttä oli selkeästi aikaisempia tutkimuksia vähemmän, joten myös vastauksia muuttujien ääripäissä oli aika vähän. Luotettava tilastollinen analyysi vaatisi suurempaa otoskokoa.

11 Pohdinta

Tässä tutkimuksessa painopiste oli juuri eläkkeelle siirtyneissä suurten ikäluokkien edustajissa. He elävät kolmatta ikää, jossa nautitaan vapaudesta, riippumattomuudesta ja itsensä toteuttamisesta. Kolmas ikä voi pisimmillään kestää pari kolme vuosikymmentä. Suomalaiset jäävät eläkkeelle keskimäärin 60 ikävuoden iässä, joten miehillä on keskimäärin noin 21 ja naisilla 25 vuotta elinaikaa jäljellä (Karisto 2008, 13). Lisäksi

eläkeikään tullaan aikaisempaa paremmassa kunnossa ja jäljellä oleva elinajan odote kasvaa koko ajan (emt.).

Kolmannen iän näkökulmasta katsottuna ei ole ihme, että tämän tutkimuksen tulokset poikkesivat aikaisemmista tutkimustuloksista. Tämän tutkimuksen ikääntyneet kokivat aikaisempaa vähemmän yksinäisyyttä, arvioivat oman terveytensä paremmaksi kuin aikaisemmissa tutkimuksissa ja lisäksi olivat tyytyväisempiä terveyspalveluidensa käyttökokemukseen. Teoriaosuudessa tarkastelluissa tutkimuksissa ei oltu rajattu osallistujia ikääntyneiden nuorimpaan ryhmään, mikä selittää osan eroavaisuuksista. Toisaalta voi kuitenkin olla, että tällä nyt kolmatta ikää elävällä sukupolvella menee myös neljännessä iässä aikaisempia sukupolvia paremmin, sillä valinnanmahdollisuuksia heillä on ainakin enemmän ollut, ja tulee olemaankin, edeltäjiensä enemmän. Terveysten- ja sairaudenhoito kehittyy koko ajan ja digitalisaatio muuttaa käsitystä eristyksissä elämisestä esimerkiksi liikuntarajoitteisen ihmisen näkökulmasta.

Ihmisen sosiaalis-taloudellisella asemalla (SES) on todettu olevan merkittävä vaikutus useisiin iän mukanaan tuomiin muutoksiin: matalasta SES:stä voi seurata ”ennenaikaista” vanhenemista, johon liittyy lisääntynyt riski melkein kaikkiin terveyden häiriöihin (Heikkinen 2013, 400–401). Gerontologinen tutkimus on osoittanut, että kolmatta ikää luonnehtivat monet positiiviset trendit, joista kohonnut koulutustaso ja parantunut taloudellinen tilanne vaikuttavat positiivisesti sosiaalis-taloudelliseen asemaan (emt., 401). SES ja terveysnäkökulma ovat tärkeitä yksinäisyyskeskustelussa. Tässä tutkimuksessa lähes puolet terveytensä huonoksi tai melko huonoksi tuntevista kokivat yksinäisyyttä, kun vastaavasti hyväksi terveytensä tuntevien ryhmässä yksinäisyyttä koki vain alle joka kymmenes. Kohtalaiseksi terveydentilansa arvioivistakin yli kolme neljästä ei kokenut yksinäisyyttä. Terveysnäkökulmaa ei voi unohtaa yksinäisyyskeskustelusta, vaikka logistinen regressioanalyysi ei tässä tutkimuksessa antanut arviolle omasta terveydestä tilastollisesti merkitsevää yhteyttä yksinäisyyden selittäjänä.

Vähäistä yksinäisyyttä tutkielman kolmannen iän edustajien keskuudessa voi lähestyä myös myönteisen yksinäisyyden käsitteen (*solitude*) kautta. Kiireisten ruuhkavuosien jälkeen yksin oleminen voi olla vapaaehtoista, toivottua, luovuuden tukemista ja rauhoittumista. Jyrkämä (2005, 356) korostaa tämän päivän kolmannen iän kohdalla

valinnan mahdollisuuksia, mikä voisi tukea myönteisen yksinäisyyden vaihtoehtoa. Jos ihminen haluaa vetäytyä omiin ajatuksiinsa ja askareisiinsa, ei hän välttämättä tunne itseään yksinäiseksi, vaikka sosiaalinen ympäristö olisikin vähäinen ja ajassa kutistuva. Henkilökohtaiseen henkiseen kypsymiseen viitataan myös gerotransendenssiteoriassa. Gerotransendenssiteoria, joka koostuu käsiteparista gero eli vanha ja transendenssi eli muuttuminen, kuvaa kehityskulkua, jonka päämääränä on nimenomaan henkisen kypsymisen tila. Fyysisten muutosten sijasta kyse on henkisestä muutoksesta, jossa suhtautuminen omaan itseen, läheissuhteisiin, maailmankuvaan ja maailmankaikkeuteen muuttuu. Gerotransendenssi merkitsee muutosta metaperspektiivissä. Ihmisen maailmankatsomuksessa korostuvat henkiset arvot ja kosmisuus materialististen arvojen ja rationaalisuuden sijasta. Gerotransendenssiin liittyy myös lisääntynyt tyytyväisyys elämään. (Tornstam 2011, 170-175.)

Tutkielman teoriaosuudessa tarkastelluissa laadullisissa tutkimuksissa korostui yksinäistävien elämäntapahtumien merkitys. Yksinäisyydelle harvemmin löytyy yhtä selittävää syytä, vaan yksinäisyys on kietoutunut osaksi elämänskulkua. Tämä tutkimus ei ole ristiriidassa elämänskulunäkemyksen kanssa. Kaikilla tutkituilla kirjallisuudesta esiin nousseilla yksinäisyyden taustatekijöillä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys yksinäisyyden kanssa. Kun logistisella regressioanalyysillä etsittiin parasta mahdollista selittävien muuttujien mallia, niin puolison kanssa asuminen ja ystävien määrä nousivat ainoastaan tilastollisesti merkitseviksi yksinäisyyttä selittäviksi muuttujiksi. Tämä on ymmärrettävää elämänsäkulun näkökulmasta. Terveys on voinut reistailla vuosien varrella ja ihminen on saattanut elää pienituloisena tai köyhänä läpi elämänsä. Silti nykyhetken kontakteilla läheisimpien ihmisten kanssa on eniten merkitystä tässä hetkessä.

Puolison ja ystävien merkitys nykyhetkessä ei toki poista kirjallisuudestakin esiin noussutta näkökulmaa siitä, että köyhyys ja heikosta terveydentilasta johtuva toimintakyvyn heikkeneminen voivat monen kohdalla kaventaa sosiaalista ympäristöä. Tämä on voinut tapahtua nimenomaan jo kauan ennen kolmannen iän alkamista. Köyhällä ei välttämättä ole varaa edes bussilippuun kalliista kulttuuririiennoista ja tai harrastuksista puhumattakaan. Lisäksi köyhyys liittyy usein häpeää, jota halutaan piilotella (Roivainen ym. 2011, 81–82). Jos ikääntyneen toimintakyky on alentunut, voi pelkkä kotoa ulos lähteminen olla vaivalloista. Miten silloin voisi tavata ystäviä tai

tutustua uusiin ihmisiin? Puolison kanssa asuminen nousi tutkimuksessa selkeästi yksinäisyyttä ehkäiseväksi tekijäksi. Jos puolisoa ei syystä tai toisesta ole olemassa, niin sitä tärkeämpää uusien ihmisten tapaaminen ikääntyneelle voisi olla.

Tutkimus osoitti, että asumisen osalta nimenomaan oman puolison kanssa asuminen on tärkeä yksinäisyyden ehkäisykeino. Muiden kanssa asuminen (esimerkiksi vanhainkoti) vastasi yksinäisyyden kokemisen riskin kohdalla melkein samaa tilannetta kuin yksin asuminen. Tämä on syytä muistaa, kun erilaisia yksinäisyyttä lievittäviä interventioita kehitetään. Yhä tavallisemmaksi tuleva laitosasumisen muoto tehostetussa palveluasunnossa myöhemmällä ikääntyneellä iällä ei välttämättä ole mikään keino yksinäisyyden lievittämiseen. Yksinäisyyden lievittämiskeinoina tarjotaan usein ikääntyneille erilaisia toiminnallisia ryhmiä tai vähintäänkin yhteisiä tiloja, jossa on vapaata puuhastelua. Monet ikääntyneet suhtautuvat tällaiseen ulkoapäin järjestettyyn toimintaan negatiivisesti tai jopa vastenmielisesti (Pettigrew & Roberts 2008, 305). Toisinaan syynä voi olla esimerkiksi tilojen meluisuus, mutta monet kokevat, että ne ihmiset, jotka siellä käyvät, eivät ole omaa tyyppiä eivätkä he näe mitään syytä sille, miksi heidän täytyisi jutella sellaisten täysin ventovieraiden kanssa (emt.).

Tutkimus on validi eli pätevä, jos se mittaa sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Lisäksi validi tutkimus ei sisällä systemaattisia virheitä ja antaa keskimäärin oikeita tuloksia. Tutkimuksen validius varmistetaan etukäteen huolellisella suunnittelulla ja tarkoin harkitulla tiedonkeruulla. Myös selkeästi määritelty perusjoukko, edustavan otoksen saaminen sekä korkea vastausprosentti edesauttavat validin tutkimuksen toteutumista. (Heikkilä 2005, 29.) Tämän tutkielman osalta validiuteen en voinut enää tiedonkeruun osalta vaikuttaa, mutta tutkimuskysymysten muodostamisen kohdalla on pitänyt tarkasti miettiä, että aineiston avulla voi varmasti vastata kysymyksiin. Tutkimuskysymykset ovatkin muotoutuneet lopulliseen muotoonsa tutkimusprosessin edetessä.

Aikaisemmin kerätyn aineiston ja validiuden näkökulmasta tutkimuksessa on pitänyt useampaan kertaan pohtia, kuinka tutkimuskysymyksistä saa ehjän ja toisiinsa kietoutuvan loogisen kokonaisuuden, joka voisi tuottaa uutta tietoa liittyen ikääntyneiden yksinäisyyteen ja terveyspalveluiden käyttämiseen. Vanterra-tutkimuksen kyselylomakkeessa ei kysytty ikääntyneiltä heidän terveyskeskuspalveluiden käyttömääristä tai -frekvenssistä. Tätä tietoa kaipasin monesti tutkimuksen aikana.

Tällöin olisin voinut laajemmin kuvata terveystalveluiden käyttämistä sekä tutkia käytön ja yksinäisyyden yhteyttä tässä aineistossa nimenomaan ikääntyneiden nuorimman ikäluokan osalta. Lisäksi vaikka lähes kuuden sadan ikääntyneen otoskoko sellaisenaan on ihan riittävän suuri, niin monesti ääripäissä oli hyvin vähän vastauksia.

Tutkimuksen nuoret ikääntyneet kokivat yksinäisyyttä aikaisempia tutkimuksia selkeästi vähemmän ja lisäksi he olivat aikaisempia tutkimuksia tyytyväisempiä terveystalveluiden käyttökokemukseen. Yksinäisiä ja tyytymättömiä oli määrällisesti vähän, joten erityisesti asetetun hypoteesin paikkansapitävyyden osalta jäin miettimään, että olisiko tulos voinut olla erilainen, jos otoskoko olisi ollut suurempi. Yksinäisyyttä kokeneet olivat kuitenkin aineistossa vähemmän tyytyväisiä terveystalveluiden käyttökokemukseen kaikilla kolmella arvioidulla osa-alueella, mutta vastauksia oli vähän ja ne eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Olisi mielenkiintoista testata hypoteesia uudestaan suuremmassa aineistossa.

Vanterra-tutkimuksen tekijät ovat sitä mieltä, että tutkimustulokset ovat kansallisesti yleistettävissä, vaikka aineisto on kerätty maantieteellisesti suppealta alueelta (Julkisia vai yksityisiä lääkäritalveluja eläkeläisille? Tutkimus Kelan maksamien sairaanhoitokorvausten merkityksestä ikääntyneiden päijäthämeläisten terveydenhoidossa vuosina 2002-2012, 2016). Toisaalta vastausprosentti oli kyselytutkimuksen näkökulmasta todella hyvä (Hirsjärvi ym. 2009, 196-197). Luotettavien tulosten saamiseksi on varmistettava, että otos on tarpeeksi suuri ja edustava eli mahdollisimman samanlainen kuin perusjoukko (Heikkilä 2005, 30), mikä maantieteellistä näkökulmaa huolimatta toteutuu hyvin tässä aineistossa erinomaisen vastausprosentin vuoksi. Näiden kahden lähtökohdan valossa uskallan todeta, että tutkimukseni tuloksia voidaan yleistää valtakunnallisesti.

Reliabiliteetin näkökulmasta on tärkeää ymmärtää, että tieteellisiä tuloksia ei pidä yleistää niiden pätevyysalueen ulkopuolella (Heikkilä 2005, 30). Yhteiskunnat ovat monimuotoisia ja vaihtelevia, joten tulokset eivät välttämättä päde toisena aikakautena tai toisessa yhteiskunnassa (emt.). Tästä johtuen katsoisin, että tämä tutkimus kuvaa suomalaisen heti sotien jälkeen syntyneiden ikäluokan yksinäisyyttä ja terveystalveluiden käyttöä eläkeiän kynnyksellä ja juuri sen ohittamisen jälkeen. Ympäröivä maailmamme muuttuu koko ajan ja esimerkiksi digitalisaatio vaikuttaa sekä

sosiaaliseen kanssakäymiseen että myös terveyspalveluiden käyttöön nyt ja tulevaisuudessa. Voi olla, että jo 10 vuotta nyt tutkittua ikäluokkaa nuoremmat vastaajat kokevat esimerkiksi yksinäisyyttä eri tavalla kuin ne, joille digitalisaatio ei niin vahvasti ole ollut osa heidän elämäänsä vielä aikuisuudessa.

Jatkotutkimuksen näkökulmasta on tärkeää pysyä muuttuvassa yhteiskunnassa mukana ja tutkia säännöllisesti ikääntyneiden yksinäisyyttä ja sen luonteen mahdollista muuttumista. Näen tärkeänä, että samassa yhteydessä ikääntyneiden yksinäisyyden yhteyttä terveyspalveluiden käyttöön ja käyttökokemukseen tulee tutkia kotimaisessa kontekstissa. Terveyskeskuspalveluita käyttää tämän tutkimuksen mukaan lähes neljä viidestä ikääntyneestä. Samaan aikaan väestöennusteen mukaan vuonna 2030 ikääntyneitä Suomessa on noin 1,5 miljoonaa henkilöä, joten julkisen terveydenhuollon kulut ikääntyneiden osalta ovat väistämättä nousussa. Ikääntyneen väestön kasvaessa ei ole resurssien käyttämisenkään näkökulmasta järkevää kohdata ikääntyntä yksinäistä ainoastaan potilaana ja yrittää hoitaa hänen oireitaan ainoastaan lääketieteen keinoin, jos meillä on mahdollisuus auttaa asiakasta moniammatillisesti. Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistus on mukana myös vuonna 2019 tehdyssä hallitusohjelmassa, joten teemojen rinnakkainen tarkastelu ja niihin liittyvä palveluiden kehittäminen ovat tärkeitä. Sosiaalityöllä ja moniammatillisella tiimillä voi olla huomattavasti parempia mahdollisuuksia tehdä yhdessä vaikuttavaa ja kustannustehokkaampaa työtä kuin terveyskeskuslääkärillä yksinään. Tällöin saamme käytettyä terveydenhuoltoon kohdistetut julkiset varat nimenomaan terveysongelmien hoitoon ja samaan aikaan pystymme vastaamaan ikääntyneiden yksinäisyyden aiheuttamaan inhimilliseen kärsimykseen. Jokainen ikääntynyt ansaitsee viimeisille vuosilleen turvalliset arkipäivät, joihin sisältyy merkityksellisiä rooleja ja jotka täyttyvät mielekkäistä puuhista.

LÄHTEET

Ahonen, Kati & Bach-Othman, Jarna (2009) Vanhuusköyhyyden jäljillä – kotitalouden rakenteen merkitys sukupuolten välisiin köyhyysriskieroihin kahdeksassa EU-maassa. Eläketurvakeskuksen keskustelualotteita 2009:8. Helsinki.

Cattan, Mima & White, Martin & Bond, John & Learmouth, Alison (2005) Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society* 25(1), 41–67.

Courtin, Emilie & Knapp, Martin (2017) Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health and Social Care in the Community* 25(3), 799–812.

De Jong Giervel, Jenny & Van Tilburg, Theo (2010) The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations surveys. *European Journal of Ageing* 7(2), 121–130.

Donaldson, J. & Watson, R. 1996. Loneliness in elderly people: an important area for nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 24(5), 952–959.

Elias, Norbart (1993) Kuolevien yksinäisyys. Helsinki: Gaudeamus. Alkuperäinen englanninkielinen teos *The Loneliness of the Dying* julkaistu 1985.

Eurostat (2019) At risk of poverty rate of older people by detailed age group - EU-SILC survey. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/7480c5e1-36ff-4eed-8af6-895832ab0767?lang=en>. Viitattu 28.6.2019.

Fees, Bronwyn S. & Martin, P. & Poon, Leonard W. (1999) A model of loneliness in older adults. *Journal of Gerontology, Psychological Sciences* 54B(4), 231–239.

Findlay, Robyn A. (2003) Interventions to reduce social isolation amongst older people: Where is the evidence? *Ageing and Society*; Cambridge 23, 647–658.

Gerst-Emerson, Kerstin & Jayawardhana, Jayani (2015) Loneliness as a Public Health Issue: The Impact of Loneliness on Health Care Utilization Among Older Adults. *American Journal of Public Health* 105(5), 1013–1019.

Giele, Janet. Z. & Elder, Glen. H. (1998) *Methods of life course research: Qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. doi: 10.4135/9781483348919.

Graneheim Ulla & Lundman Berit (2010) Experiences of loneliness among the very old: The Umeå 85+ project. *Aging & Mental Health* 14 (4): 433–438.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula (2009) Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Haapola, Ilkka & Karisto, Antti & Seppänen Marjaana (2012) Ikääntyvien köyhyys ja sen heijastumat hyvinvointiin. Teoksessa Katja Forssén, Irene Roivainen, Satu Ylinen & Jari Heinonen (toim.) Kohtaako sosiaalityö köyhyyden? Kuopio: Unipress, 275–300.

Hannikainen, Katri (2018) Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalveluiden tarve ja käyttö eroavat tulotason mukaan. Suomen sosiaalinen tila 1/2018. Tutkimuksesta tiiviisti 3/2017. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Hauge, Solveig & Kirkevold, Marit (2010) Older Norwegians' understanding of loneliness. *International Journal of Qualitative Studies of Health and Well-being* 5(1), 1–7.

Heikkilä, Tarja (2005) Tilastollinen tutkimus. 5.-6. painos. Helsinki: Edita.

Heikkilä, Tarja (2014) Tilastollinen tutkimus. 9., uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Heikkinen, Eino (2013) Vanhenemisen ulottuvuudet ja vanhenemiseen vaikuttavat tekijät. Teoksessa Heikkinen, Eino & Jyrkämä, Jyrki & Rantanen Taina (toim.) Gerontologia. Duodecim, 393–406.

Helldán, Anni & Helakorpi, Satu (2014) Eläkeikäisen väestön terveystalvelkäyttäytyminen ja terveystalvel kevällä 2013 ja niiden muutokset 1993-2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 15. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy.

Holt-Lunstad, Julianne & Smith, Timothy B. & Layton, J. Bradley (2010) Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Medicine* 7(7), 1–20.

Hunter, Dawn (2012) Loneliness: a public health issue. *Perspectives in Public Health* 132(4), 153.

Ikihyvä Päijäthäme (2019) Ikihyvä pähkinänkuoressa. Helsingin yliopisto, Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia. Saatavissa: <https://blogs.helsinki.fi/ikihyva-paijat-hame/pahkinankuoressa/> [Viittauspäivä 25.6.2019.]

Isola, Anna-Maria & Larivaara, Meri & Mikkonen, Juha (toim.) (2007) Arkipäivän kokemuksia köyhyydestä. Kustannusosakeyhtiö Avain. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu.

Julkisia vai yksityisiä lääkaripalveluja eläkeläisille? Tutkimus Kelan maksamien sairaanhoidokorvausten merkityksestä ikääntyneiden päijäthämeläisten terveiden hoidossa vuosina 2002-2012 (VANTTERA-tutkimus).

Jyrkämä, Jyrki (2005) Syntynyt 1947, kuollut...? Suuret ikäluokat ja elämäntalvelutulevaisuus. Teoksessa Antti Karisto (toim.) Suuret ikäluokat. Tampere: Vastapaino, 347–363.

Kahn, Robert & Antonucci, Toni (1980) Convoys over the life course: Attachment, roles, and social Support. *Life-Span Development and Behavior* vol. 3. 253–286.

Kautto, Mikko & Palomäki, Liisa-Maria & Rantala, Juha & Tuominen, Eila (2009)

Eläkeläisten tulot ja kokemukset toimeentulosta. *Yhteiskuntapolitiikka* 74(3), 290–302.

Kangas, Olli & Ritakallio, Veli-Matti (2008) Köyhyyden mittaustavat, sosiaaliturvan riittävyys ja köyhyyden yleisyys Suomessa. Kela. Sosiaaliturvan selosteita 61/2008. Helsinki.

Karisto, Antti (2008) *Satunaa: Suomalaiseläkeläiset Espanjan aurinkorannoilla*. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.

Karisto, Antti & Konttinen, Riikka (2004) *Kotiruokaa, kotikatua, kaukomatkailua. Tutkimus ikääntyvien elämäntyyleistä*. Helsinki: Yliopistopaino.

Kivelä, Sirkka-Liisa (2012) *Hyviä vuosia Arvokas ja turvallinen ikääntyminen*. Helsinki: Kirjapaja.

Knape, Nina & Mölläri, Kaisa & Järvelin, Jutta & Partanen, Airi & Widström, Eeva & Sainio, Salla & Sinervo, Timo & Aalto, Anna-Mari & Vehko, Tuulikki (2016) *Peruspalvelujen tila -raportti 2016, osa II Kuntatalouden ja -hallinnon neuvottelukunta. Valtiovarainministeriön julkaisu – 9/2016*. Helsinki.

Kuntaliitto (2015) *Suurten kaupunkien terveysasemavertailu*.

Köhler, Harry & Rautava, Päivi & Vuorinen, Ville (2017) *Hoitava viestintä - lääkärin ja potilaan keskinäisviestinnän vaikuttavuus. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim* 133(8), 735–741.

KvantiMOTV (2008) *Regressioanalyysi. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto: Kvantitatiivisten menetelmien tietovaranto KvantiMOTV*.
<https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/regressio/analyysi.html>. Viitattu 26.6.2019.

KvantiMOTV (2009) *Logistinen regressio. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto: Kvantitatiivisten menetelmien tietovaranto KvantiMOTV*.
<https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/logregressio/logistinen.html>. Viitattu 27.6.2019.

KvantiMOTV (2014) *Logistinen regressioanalyysi. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto: Kvantitatiivisten menetelmien tietovaranto KvantiMOTV*.
<https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/logregressio/harjoitus1.html>. Viitattu 27.6.2019.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6.

Laslett, Peter (1989) *A Fresh Map of Life. The Emergence of the third age*. London: Weidenfield and Nicolson.

Luanaigh, Conor Ó. & Lawlorz, Brian A. (2008) Loneliness and the health of older people. *International Journal Geriatric Psychiatry* 23, 1213–1221.

Luo, Ye & Hawkey, Louise C. & Waite, Linda J. & Cacioppo John T. (2012) Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. *Social science & medicine* 74(6), 907–914.

Manderbacka, Kristiina & Muuri, Anu & Keskimäki, Ilmo & Kaikkonen, Risto & Elovainio, Marko (2012) Mitä tyydyttymätön palvelutarve kertoo terveystalvelujen saatavuudesta? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 49, 4–12.

Marshall, John (2018) One in Five of Your Patients Are Lonely: A Research Study. Julkaistu inforMD by Privia blogissa 16.1.2018. Saatavilla <http://www.priviahhealth.com/blog/one-five-patients-lonely-research-study/> [Viitattu 15.3.2018].

Moisio, Pasi & Muuri, Anu (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*. Tampere – Suomen Yliopistopaino Oy, 192–211.

Nguyen, Lien & Seppälä, Timo T. (2014) Väestön lääkäritalvelujen käyttö ja kokemukset terveystalveluista. Teoksessa Vaarama, Marja & Karvonen, Sakari & Kestilä, Laura & Moisio Pasi & Muuri, Anu (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy, 192–211.

Noro, Anja & Vilkkö, Anni & Saarikalle Kristiina & Finne-Soveri, Harriet (2014) Ikäihmistien sosiaali- ja terveystalveluiden käyttö. Teoksessa Vaarama, Marja & Karvonen, Sakari & Kestilä, Laura & Moisio, Pasi & Muuri, Anu (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*. Tampere – Suomen Yliopistopaino Oy, 238–247.

Nummenmaa, Lauri & Holopainen, Martti & Pulkkinen, Pekka (2017) *Tilastollisten menetelmien perusteet*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Pajunen, Elisa (2011) MITÄ ON OLLA YKSINÄINEN? Tutkimus ikääntyvien yksinäisyydestä. Pro-gradu tutkielma.

Pitkälä, Kaisu & Routasalo, Pirkko & Kautiainen, Hannu & Savikko, Niina & Tilvis, Reijo (2005) Ikääntyneiden yksinäisyys. Psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen vaikuttavuus. Vanhustyönkeskusliitto. Vaajakoski: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Palomäki, Liisa-Maria (2009) Mitkä tekijät selittävät pienituloisten eläkeläisten toimeentulokokemusten eroja? *Yhteiskuntapolitiikka* 74(5), 542–553.

Pentala-Nikulainen O, Koskela T, Parikka S, Kilpeläinen H, Koskenniemi T, Aalto A-M, Muuri A, Koskinen S & Lounamaa A. (2018) Kansallisen terveyst-, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2017-2018. Verkkojulkaisu: thl.fi/finsote.

Peplau, Letitia Anne & Perlman, Daniel (1998) Loneliness. Julkaistu teoksessa Friedman, H. F., Adler, N. E., Parke, R. D. Peterson, C., Rosenthal, R., Schwarzer, R., Cohen Silver R. & D. Spiegel (toim.) 1998: *Encyclopedia of Mental Health*. Vol. 2. Academic Press.

Pettigrew, Simone & Roberts, Michele (2008) Addressing loneliness in later life. *Ageing & Mental Health* 12(3), 302–309.

Portin, Petter (2013) Vanheneminen biologisena ilmiönä. Teoksessa Heikkinen, Eino & Jyrkämä, Jyrki & Rantanen Taina (toim.) *Gerontologia. Duodecim*, 113–124.

Rauhala, Pirkko-Liisa & Virokannas, Elina (2011) Sosiaalityön tutkimuksen etiikka, opettaminen ja tietoarvo. Teoksessa Pehkonen, Aini & Väänänen-Fomin, Marja (toim.) *Sosiaalityön arvot ja etiikka. Jyväskylä: PS-Kustannus*, 235–256.

Roivainen, Irene & Heinonen, Jari & Ylinen, Satu (2011) Köyhä byrokratian rattaissa. *Sastamala: Vammalan kirjapaino*.

Routasalo, Pirkko & Pitkälä, Kaisu & Savikko, Niina & Tilvis, Reijo (2003) Ikääntyneiden yksinäisyys. Kyselytutkimuksen tuloksia. *Vanhustyön keskusliitto, Saarijärvi*.

Russell, Daniel W. (1996) UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment* 66(1), 20–40.

Saarenheimo, Marja (2003) Vanhuus ja mielenterveys Arkielämän näkökulma. *Vantaa: Dark Oy*.

Saaristo, Liisa (2011) Vanhusten yksinäisyys. Teoksessa Heiskanen, Tarja & Saaristo, Liisa (toim.) *Kaiken keskellä yksin Yksinäisyyden syyt, seuraukset ja hallintakeinot. Juva: PS-kustannus*, 131–139.

Sainio, Päivi & Koskinen, Seppo & Sihvonen, Ari-Pekka & Martelin, Tuija & Aromaa, Arpo (2013) Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kehitys. Teoksessa Heikkinen, Eino & Jyrkämä, Jyrki & Rantanen Taina (toim.) *Gerontologia. Duodecim*, 50–65.

Simpura, Jussi & Uusitalo, Hannu (2011) Hyvinvointi ja sosiaalinen kehitys. Teoksessa Saari, Juho (toim.) *Hyvinvointi. Suomalaisen yhteiskunnan perusta. Gaudeamus Helsinki University Press*.

Sotkanet Ikääntyminen. Sotkanet.fi Tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/haku?g=358>. Viitattu 28.6.2019.

STM Asumispalvelut ja asunnon muutostyöt. Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://stm.fi/asumispalvelut-asunnon-muutostyot>. Viitattu 27.6.2019.

STM Laitoshoidto. Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://stm.fi/laitoshoidto>. Viitattu 27.6.2019.

STM Palvelut ja etuudet iäkkäille. Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://stm.fi/ikaantyneiden-palvelut>. Viitattu 27.6.2019.

Taube, Elin & Kristensson, Jimmie & Sandberg, Magnus & Midlöv, Patrik & Jakobsson, Ulf (2015) Loneliness and health care consumption among older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 29(3), 435–443.

THL (2019) Kahdeksan faktaa vanhuspalvelujen tilasta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 3.1.2019. <https://thl.fi/fi/-/8-faktaa-vanhuspalvelujen-tilasta>. Viitattu 27.6.2019.

THL (2018) Vanhuspalvelujen tila Suomessa kuntakyselyn valossa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisema esitys. <https://www.slideshare.net/THLfi/vanhuspalvelujen-tila-2018>. Viitattu 26.6.2019.

Tiilikainen, Elisa (2016a) YKSINÄISYYS JA ELÄMÄNKULKU Laadullinen seurantatutkimus ikääntyvien yksinäisyydestä. Helsinki: Unigrafia Oy.

Tiilikainen, Elisa (2016b) Polkuja yksinäisyyteen. Teoksessa Saari Juho (toim.) *Yksinäisten Suomi*. Tallinna: Gaudeamus Oy, 129–148.

Tiikkainen, Pirjo (2006) Vanhuusiän yksinäisyys: seuruututkimus emotionaalista ja sosiaalista yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä. Jyväskylä:

Tiikkainen, Pirjo (2011) Yksinäisyys teorioiden valossa. Teoksessa Heiskanen, Tarja & Saaristo, Liisa (toim.) *Kaiken keskellä yksin Yksinäisyyden syyt, seuraukset ja hallintakeinot*. Juva: PS-kustannus, 59–76.

Tornstam, Lars (2011) Maturing into gerotranscendence. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 43(2), 166–180.

Uotila, Hanna (2011) Vanhuus ja yksinäisyys. Tutkimus iäkkäiden ihmisten yksinäisyyskokemuksista, niiden merkityksistä ja tulkinnoista. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Van Baarsen, Berna & Snijders, Tom & Smit, Johannes & Van Duijn, Marijtje (2001) Lonely but not alone: emotional isolation and social isolation as two distinct dimensions of loneliness in older people. *Educational and Psychological Measurement* 61(1), 119–135.

Vanhuspalvelulaki 2012/980. Annettu Helsingissä 28 päivänä joulukuuta 2012.

Victor, Christina & Grenade, Linda & Boldy, Duncan (2005). Measuring loneliness in later life: A comparison of differing measures. *Reviews in Clinical Gerontology* 15(1), 63–70.

Victor, Christina & Scambler, Sasha & Bond, John & Bowling, Ann (2002) Loneliness in later life: Preliminary findings from the Growing Older project. *Quality in Ageing and Older Adults* 3(1), 34–41.

Weiss, Robert (1973) *Loneliness The Experience of Emotional and Social Isolation*. Cambridge, Massachusetts, and London, England: The MIT Press.

Ylinen, Satu & Rissanen, Sari (2012) Vanhuusköyhyyden kokemus – sosiaalityön tulkintaa. Teoksessa Katja Forssén, Irene Roivainen, Satu Ylinen & Jari Heinonen (toim.) Kohtaako sosiaalityö köyhyyden? Kuopio: Unipress, 301–326.